



Mário Rui da Silva Mota

Bacharel em organização e sistemas de informação

Pós-graduado em segurança e higiene do trabalho e em direito do trabalho

**Para além do acidente de trabalho e da doença
profissional: saúde ocupacional em trabalho
administrativo**

Dissertação para obtenção do grau de
mestre em segurança e higiene do trabalho

Orientador: Prof. doutor José Martin Miquel Cabeças

Júri:

Presidente: Prof. doutora Isabel Maria do Nascimento Lopes Nunes

Vogal: Prof. doutor José Manuel Dias Lopes

Vogal: Prof. doutor José Martin Miquel Cabeças

Setembro de 2013



FACULDADE DE
CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Para além do acidente de trabalho e da doença profissional:
saúde ocupacional em trabalho administrativo**

Copyright

Mário Rui da Silva Mota

Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa

Universidade Nova de Lisboa

A Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e a Universidade Nova de Lisboa têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou formato digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

SDG

*À minha esposa e filho pelo tempo que tiveram de dividir
com a elaboração desta dissertação.*

*Ao meu orientador pelo apoio que concedeu, muitas vezes
para além do que as suas funções exigiam.*

*A vários colegas meus pela valiosa colaboração prestada, quer na
conceção quer na distribuição do questionário.*

*A muitos outros que, de alguma forma e em algum
momento, contribuíram para esta dissertação.*

RESUMO

No capítulo 1 são apresentados alguns indicadores sobre segurança e saúde do trabalho (SST) em Portugal, comparados com outras realidades. É enquadrado o sector dos serviços administrativos e são definidos os objetivos e o âmbito da presente dissertação, a qual pretende identificar fatores de risco (perigos) e danos (consequências) para a saúde mais vezes referidos em trabalho do tipo administrativo em ambiente de escritório ou similar. No capítulo 2 é efetuada uma revisão bibliográfica sobre a temática. A partir das fontes consultadas, enunciam-se as principais fontes de informação e conceitos essenciais em SST, são explicitados com maior detalhe os conceitos de doença relacionada com o trabalho (DRT) e mal-estar ocupacional (MEO), e identificam-se os principais, ou mais vezes referenciados, fatores de risco em trabalho em serviços administrativos. No capítulo 3 é definida uma metodologia para identificação de perigos com potencial para DRT e MEO e respetivos danos para a saúde em trabalho administrativo. Com base na literatura consultada, são sistematizados os principais fatores de risco com potencial para DRT e MEO, subdividindo-os em três grandes classes de perigos – fatores de risco no ambiente físico de trabalho, fatores de risco de natureza músculo-esquelética e fatores de risco de natureza psicossocial. É também sistematizado um quadro de danos para a saúde de natureza física/fisiológica e psíquica/mental. Por fim é elaborado um instrumento de consulta aos trabalhadores (autodeclaração) para aplicação no sector dos serviços bancários. No capítulo 4 é caracterizada a população e a amostra de inquiridos, são apresentadas os resultados da aplicação do inquérito, e é feita a sua análise e discussão, sendo estabelecidas algumas relações entre perigos e danos. No capítulo 5 é feito um resumo sintético das principais conclusões, referidas algumas limitações desta dissertação e apresentadas evoluções possíveis à temática em apreço.

Palavras-chave:

Fatores de risco (perigos) em trabalho administrativo em ambiente de escritório. Doença relacionada com o trabalho (causada ou agravada pelo trabalho). Mal-estar (desconforto, insatisfação ou incomodidade) ocupacional. Bem-estar e promoção da saúde ocupacional.

ABSTRACT

In Chapter 1 are presented some indicators about occupational health and safety (OHS) in Portugal, in comparison to other realities. It is framed the administrative services sector and are defined the goals and main theme of present dissertation, which aims to identify risk factors (hazards) and damages (consequences) to health more often referred to in the work in an administrative office environment or similar. In chapter 2 is done a literature review conducted on the subject. From the sources consulted we describe the main sources of information and key concepts in OHS, the concepts of work-related disease (WRD) and negative occupational wellbeing (NOW) are explained in greater detail, and identifies the major, or more often referenced, risk factors in administrative work. In Chapter 3 is defined a methodology for identifying hazards with potential for WRD and NOW and respective damage to health in administrative work. Based on the literature, are systematized the main risk factors with potential for WRD and NOW, subdividing them into three major classes of hazards - risk factors in the physical work environment, risk factors of musculoskeletal nature and risk factors of psychosocial nature. It also systematized a framework for health damage of physical/physiological and psychological/mental nature. Finally is made an instrument of consultation of workers (self-declaration) for application in the field of banking services. In Chapter 4 the population and sample of surveyed are characterized, the results of the implementation of the survey are presented, its analysis and discussion is made, and are established some relationships between hazards and damage. Chapter 5 presents a brief summary of the main findings, remarks some limitations of this dissertation and presents possible developments to the topic under discussion.

Keywords:

Risk factors (hazards) in administrative work in office environment. Work-related disease (caused or made worse by work). Negative occupational wellbeing (discomfort, dissatisfaction or inconvenience). Well-being and occupational health promotion.

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	XV
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Enquadramento	1
1.2. Sector dos serviços e trabalho administrativo	10
1.3. Âmbito e objetivos propostos	16
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
2.1. Fontes enquadradoras da segurança e saúde do trabalho	19
2.2. Conceitos essenciais em segurança e saúde do trabalho	22
2.3. Doença relacionada com o trabalho e mal-estar ocupacional	32
2.4. Principais fatores de risco para DRT e MEO no trabalho administrativo em ambiente de escritório	43
3. METODOLOGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO E DANOS PARA A SAÚDE	49
3.1. Objetivos e conceitos	49
3.2. Sistematização dos fatores de risco com potencial para DRT e MEO e respetivos danos para a saúde	52
3.3. Desenvolvimento do questionário de consulta	58
4. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E RESULTADOS OBTIDOS	71
4.1. Caracterização da população e da amostra de inquiridos	71
4.2. Resultados obtidos	72
4.3. Análise e discussão dos resultados	86
5. CONCLUSÃO	101
5.1. Resumo das principais conclusões	101
5.2. Limitações e desenvolvimentos futuros	103
BIBLIOGRAFIA	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 – Principais elementos do sistema de gestão da SST (OIT, 2001).....	31
Figura 2.2 – Modelo de sistema de gestão da SST (NP 4397:2008).....	31
Figura 2.3 – Perturbações mentais e de comportamento (F00-F99) (OMS, 1999)	35
Figura 2.4 – Doenças do sistema nervoso (G00-G99) (OMS, 1999).....	35
Figura 2.5 – Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) (OMS, 1999)	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1 – Acidentes de trabalho - evolução de 2000 a 2010	2
Tabela 1.2 – Acidentes de trabalho por sector de atividade em 2008	2
Tabela 1.3 – Acidentes de trabalho por sector de atividade em 2009	3
Tabela 1.4 – Acidentes de trabalho em atividades administrativas (2008-2009).....	3
Tabela 1.5 – Problemas de saúde e exposição a fatores de risco para a saúde.....	5
Tabela 1.6 – Tipo de problemas de saúde (% de pessoas que os reportam)	6
Tabela 1.7 – Tipo de fatores de risco para o bem-estar mental (% de pessoas).....	6
Tabela 1.8 – Tipo de fatores de risco para o bem-estar físico (% de pessoas)	6
Tabela 1.9 – Taxas de incidência de problemas de saúde relacionados com o trabalho reportadas por especialistas médicos (Reino Unido)	8
Tabela 1.10 – Tipo de problemas de saúde relacionados com o trabalho reportados por especialistas médicos em 2011 (Reino Unido)	8
Tabela 1.11 – Taxas de prevalência de doenças causadas ou agravadas pelo trabalho autodeclaradas pelos trabalhadores (Reino Unido)	9
Tabela 1.12 – Tipo de doenças causadas ou agravadas pelo trabalho autodeclaradas pelos trabalhadores em 2011-12 (Reino Unido)	10
Tabela 2.1 – Consequências para a saúde da exposição aos fatores de risco psicossociais e stresse relacionado com o trabalho: resultados a partir de entrevistas com peritos.....	40
Tabela 2.2 – Fatores de risco para DRT/MEO no local e ambiente de trabalho	46
Tabela 2.3 – Fatores de risco para DRT/MEO nos equipamentos e materiais	47
Tabela 2.4 – Fatores de risco para DRT/MEO na organização do trabalho	47
Tabela 3.1 – Fatores de risco no ambiente físico de trabalho com potencial para DRT ou MEO	54
Tabela 3.2 – Fatores de risco de natureza músculo-esquelética com potencial para DRT ou MEO.....	54
Tabela 3.3 – Fatores de risco de natureza psicossocial com potencial para DRT ou MEO	55
Tabela 3.4 – Potenciais danos para DRT e MEO derivados à exposição aos fatores de risco ocupacionais em trabalho administrativo	57
Tabela 4.1 – Caracterização da população de trabalhadores do sector bancário (dados de 33 instituições financeiras associadas da APB do ano de 2011)	71
Tabela 4.2 – Comparação entre respostas à questão 30 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘ansiedade’ ou ‘irritabilidade ou agressividade’	92

Tabela 4.3 – Comparação entre respostas à questão 31 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘ansiedade’ ou ‘irritabilidade ou agressividade’	93
Tabela 4.4 – Comparação entre respostas à questão 35 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘ansiedade’ ou ‘irritabilidade ou agressividade’	94
Tabela 4.5 – Comparação entre respostas à questão 30 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘depressão ou diminuição da autoestima’ ou ‘pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio’	95
Tabela 4.6 – Comparação entre respostas à questão 31 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘depressão ou diminuição da autoestima’ ou ‘pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio’	95
Tabela 4.7 – Comparação entre respostas à questão 35 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘depressão ou diminuição da autoestima’ ou ‘pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio’	96
Tabela 4.8 – Comparação entre respostas à questão 30 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘desgaste mental ou dificuldades de concentração’ ou ‘distúrbios no sono ou distúrbios sexuais’	97
Tabela 4.9 – Comparação entre respostas à questão 31 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘desgaste mental ou dificuldades de concentração’ ou ‘distúrbios no sono ou distúrbios sexuais’	98
Tabela 4.10 – Comparação entre respostas à questão 35 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘desgaste mental ou dificuldades de concentração’ ou ‘distúrbios no sono ou distúrbios sexuais’	99

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACT	Autoridade para as Condições do Trabalho
AESST	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (o mesmo que <i>EU-OSHA</i>)
AIHA	<i>American Industrial Hygiene Association</i>
APB	Associação Portuguesa de Bancos
AT	Acidente de trabalho (com base na definição legal)
AVAC	Aquecimento, ventilação e ar condicionado
CAE	Classificação Portuguesa das Atividades Económicas
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (Estados Unidos)
CEE/CE	Comunidade Económica Europeia / Comunidade Europeia (respetivamente, antiga e alternativa designação da UE)
CID-10	Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde – 10. ^a revisão
CoE	Conselho da Europa
CPP	Classificação Portuguesa das Profissões
DP	Doença profissional (com base na definição legal)
DRT	Doença relacionada com o trabalho
e.g.	por exemplo (do latim: <i>exempli gratia</i>)
EDV	Equipamentos dotados de visor (o mesmo que <i>VDI</i>)
EN	Norma Europeia (<i>European Standard</i>)
ENWHP	<i>European Network for WHP</i>
et al.	e outros (do latim: <i>et alii</i>)
EU-OSHA	<i>European Agency for Safety and Health at Work</i>
Eurofound	Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
Eurostat	Autoridade estatística da União Europeia
EWCO	<i>European Working Conditions Observatory</i> (Eurofound)
EWCS	<i>European Working Conditions Surveys</i> (Eurofound)
FIOH	<i>Finnish Institute of Occupational Health</i> (Finlândia)
FIOHS	<i>Federal Institute for Occupational Safety and Health</i> (Alemanha)
GEP	Gabinete de Estudos e Planeamento do MSSS
HSE	<i>Health and Safety Executive</i> (Reino Unido)
i.e.	isto é (do latim: <i>id est</i>)

INE	Instituto Nacional de Estatística
IOHA	<i>International Occupational Hygiene Association</i>
ISO	Norma da <i>International Organization for Standardization</i>
LFS	<i>Labour Force Survey</i> (Eurostat e HSE)
LMERT	Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (o mesmo que <i>MSD</i>)
MEO	Mal-estar (desconforto, insatisfação ou incomodidade) ocupacional
MSD/MSDs	<i>Musculoskeletal disorders</i>
MSSS	Ministério da Solidariedade e Segurança Social
N.d.	Não disponível ou não divulgado
NACE	Nomenclatura das atividades económicas na Comunidade Europeia
NIOSH	<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i> – CDC (Estados Unidos)
NP	Norma Portuguesa (SPQ)
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OHS	<i>Occupational health and safety</i> (o mesmo que ' <i>safety and health at work</i> ')
OIT (ILO)	Organização Internacional do Trabalho (<i>International Labour Organization</i>)
OMS (WHO)	Organização Mundial de Saúde (<i>World Health Organization</i>)
PDCA	<i>Plan, do, act and check</i> ('ciclo de Deming')
PMV	<i>Predicted mean vote</i> (EN ISO 7730:2005)
PPD	<i>Predicted percentage dissatisfied</i> (EN ISO 7730:2005)
QAI	Qualidade do ar interior
SHT	Segurança e higiene do trabalho (designação alternativa da dimensão legal da SST atualmente designada por 'segurança no trabalho')
SPQ	Sistema Português de Qualidade
SST	Segurança e saúde do/no trabalho (o mesmo que <i>OHS</i>)
THOR	<i>The Health and Occupation Reporting</i> (HSE)
UE	União Europeia
VDT/VDTs	<i>Visual display terminals</i> (o mesmo que EDV)
WHP	<i>Workplace (Worksite) Health Promotion</i>

1. INTRODUÇÃO

Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou debilidade.

Organização Mundial de Saúde (1946/1948)

Salomão recrutou trinta mil trabalhadores de todo o Israel, e os enviava para o Líbano alternadamente, dez mil por mês, de tal forma que cada homem estava um mês no Líbano e dois meses em sua casa.

Bíblia, I Reis 5:13-14 (século X a.C.)

1.1. Enquadramento

As transcrições que encabeçam a introdução ao presente trabalho, embora separadas no tempo por vários séculos, enfatizam uma preocupação pela saúde da pessoa humana que vai muito para além da dimensão física do indivíduo. Com efeito, o Congresso da OMS realizado em 1946¹ define o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar nos aspetos biopsicossociais do ser humano e não apenas como a ausência de doença ou debilidade declaradas (OMS, 1946). Curiosamente, ou talvez não, já por volta do século X a.C. o rei e sábio Salomão determinava que os trabalhadores colocados fora da sua terra natal apenas deveriam permanecer destacados um mês, retornando durante os dois meses seguintes ao seu contexto familiar e comunitário, demonstrando uma preocupação pelo bem-estar psicológico e social dos seus trabalhadores e súbditos muito para além do que seria expectável na época, e numa altura da história em que estes conceitos não existiriam sequer conforme hoje os conhecemos.

Dado o mote, poderia pensar-se que desenvolver um trabalho sobre segurança e saúde em trabalho do tipo administrativo² num país onde os índices de sinistralidade laboral grave são ainda socialmente inaceitáveis (tabela 1.1) (GEP, 2012b) é desfasado da realidade. No entanto, não entendemos assim. Com efeito, se é verdade que as taxas mais elevadas de incidência de

¹ A ratificação por parte dos estados membros ocorreu em 1948.

² Definiremos o conceito de 'trabalho do tipo administrativo' no ponto 1.2.

acidentes de trabalho mortais encontram-se em setores de atividade como as indústrias, a construção e os transportes e armazenagem (tabelas 1.2 e 1.3) (GEP, 2012a e 2010), preenchendo assim facilmente a atenção da comunicação social, não é menos verdadeiro que em sectores de atividade onde o trabalho administrativo predomina, ou a sua presença é significativa, a sinistralidade laboral menos grave tende a ser ignorada, abandonando esses trabalhadores a uma errónea perceção pública de ‘atividades sem risco’.

Tabela 1.1 – Acidentes de trabalho - evolução de 2000 a 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ACIDENTES DE TRABALHO											
Total de acidentes de trabalho	234 192	244 936	248 097	237 222	234 109	228 884	237 392	237 409	240 018	217 393	215 632
Acidentes de trabalho mortais	368	365	357	312	306	300	253	276	231	217	208
TAXA DE INCIDÊNCIA DOS ACID. DE TRAB.											
Total de acidentes de trabalho	5 546,9	5 599,8	5 633,1	5 431,9	5 393,1	5 311,9	5 474,5	5 422,2	5 478,1	5 148,5	5 202,0
Acidentes de trabalho mortais	8,7	8,3	8,1	7,1	7,0	7,0	5,8	6,3	5,3	5,1	5,0

(GEP, 2012b)

Tabela 1.2 – Acidentes de trabalho por sector de atividade em 2008

CAE/Rev.3	Total de acid. de trabalho			Acid. de trabalho mortais		
	v.a	%	Tx. Incid.	v.a	%	Tx. Incid.
TOTAL	240 018	-	5 478,1	231	-	5,3
Subtotal	239 833	100	-	230	100	-
A Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	6 137	2,6	1 055,9	23	10,0	4,0
B Indústrias extractivas	2 034	0,8	11 353,4	12	5,2	67,0
C Indústrias transformadoras	76 184	31,8	8 521,3	27	11,7	3,0
D Electricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	212	0,1	913,4	0	0,0	0,0
E Capt., trat. e distrib. água; saneam, gestão de resid. e despol.	3 168	1,3	9 090,5	3	1,3	8,6
F Construção	47 024	19,6	8 471,8	78	33,9	14,1
G Comér. por grosso e a retalho; repar. de veíc. autom. e motoc.	37 544	15,7	4 900,6	25	10,9	3,3
H Transportes e armazenagem	10 794	4,5	6 073,8	30	13,0	16,9
I Alojamento, restauração e similares	11 893	5,0	3 723,2	1	0,4	0,3
J Actividades de informação e de comunicação	697	0,3	748,2	1	0,4	1,1
K Actividades financeiras e de seguros	728	0,3	756,1	1	0,4	1,0
L Actividades imobiliárias	776	0,3	2 858,5	1	0,4	3,7
M Actividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	2 329	1,0	1 332,7	7	3,0	4,0
N Actividades administrativas e dos serviços de apoio	16 887	7,0	12 524,8	11	4,8	8,2
O Admin. Pública e Defesa; Segurança Social Obrigatória	6 446	2,7	n.d.	6	2,6	n.d.
P Educação	2 168	0,9	n.d.	1	0,4	n.d.
Q Actividades de saúde humana e apoio social	10 154	4,2	n.d.	1	0,4	n.d.
R Activ. artísticas, de espectáculos, desportivas e recreativas	1 568	0,7	3 407,6	1	0,4	2,2
S Outras actividades de serviços	2 971	1,2	3 324,3	0	0,0	0,0
T Act. famil. empr. pess. domést. e activ. prod. famil. p/ uso próp.	119	0,0	67,8	1	0,4	0,6
U Activ. dos organ. internac. e outras instit. extra-territoriais	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
CAE Ignorada	185	-	-	1	-	-

(GEP, 2010)

Tabela 1.3 – Acidentes de trabalho por sector de atividade em 2009

CAE Rev.3	Total de acid. de trabalho			Acid. de trabalho mortais		
	v.a	%	Tx. Incid.	v.a	%	Tx. Incid.
TOTAL	217 393	-	5 148,5	217	-	5,1
Subtotal	216 164	100	-	216	100	-
A Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	7 670	3,5	1 358,1	19	8,8	3,4
B Indústrias extrativas	1 407	0,7	7 886,8	8	3,7	44,8
C Indústrias transformadoras	58 235	26,9	6 837,9	29	13,4	3,4
D Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	204	0,1	947,2	0	0,0	0,0
E Capt., trat. e distrib. água; saneam., gestão de resid. e despol.	2 693	1,2	9 263,9	7	3,2	24,1
F Construção	45 118	20,9	8 923,5	76	35,2	15,0
G Comér. por grosso e a retalho; repar. de veíc. autom. e motoc.	34 867	16,1	4 570,6	20	9,3	2,6
H Transportes e armazenagem	10 163	4,7	5 712,8	23	10,6	12,9
I Alojamento, restauração e similares	11 902	5,5	4 033,4	1	0,5	0,3
J Atividades de informação e de comunicação	663	0,3	719,4	2	0,9	2,2
K Atividades financeiras e de seguros	944	0,4	1 070,4	0	0,0	0,0
L Atividades imobiliárias	891	0,4	2 620,6	3	1,4	8,8
M Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	2 331	1,1	1 392,3	4	1,9	2,4
N Atividades administrativas e dos serviços de apoio	13 674	6,3	9 933,6	20	9,3	14,5
O Administração Pública e Defesa; Segurança Social obrigatória	6 596	3,1	n.d.	3	1,4	n.d.
P Educação	1 854	0,9	n.d.	1	0,5	n.d.
Q Atividades de saúde humana e apoio social	10 543	4,9	n.d.	0	0,0	n.d.
R Ativ. artísticas, de espetáculos, desportivas e recreativas	1 795	0,8	3 871,5	0	0,0	0,0
S Outras Atividades de serviços	3 204	1,5	3 360,1	0	0,0	0,0
T At. famil. empr. pess. domést. e ativ. prod. famil. p/ uso próp.	1 385	0,6	924,7	0	0,0	0,0
U Ativ. dos organ. internac. e outras instit. extraterritoriais	25	0,0	1 015,6	0	0,0	0,0
CAE Ignorada	1 229	-	-	1	-	-

(GEP, 2012a)

Corroborando esta percepção o GEP, nos citados relatórios de 2008 e de 2009, chama à atenção para as taxas de incidência³ no sector 'N – Atividades administrativas e dos serviços de apoio', a mais elevada na rubrica 'Total de acidentes de trabalho'⁴ e uma das cinco maiores na rubrica 'Acidentes de trabalho mortais'. Semelhantemente, se observarmos os dados da tabela 1.4 (GEP, 2010 e 2012a), onde isolámos os indicadores respeitantes às atividades onde o trabalho administrativo predomina ou tem presença mais significativa (INE, 2007), sectores K a N, obteremos um conjunto de valores que não podem ser ignorados.

Tabela 1.4 – Acidentes de trabalho em atividades administrativas (2008-2009)

SECTOR DE ATIVIDADE (CAE Rev. 3)	TAXAS DE INCIDÊNCIA			
	TOTAL DE ACIDENTES		ACIDENTES MORTAIS	
	2008	2009	2008	2009
K Atividades financeiras e de seguros	756,1	1 070,4	1,0	0,0
L Atividades imobiliárias	2 858,5	2 620,6	3,7	8,8
M Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	1 332,7	1 392,3	4,0	2,4
N Atividades administrativas e dos serviços de apoio	12 524,8	9 933,6	8,2	14,5
TAXA INCIDÊNCIA TOTAL	4 368,0	3 754,2	4,2	6,4

(Adaptado de GEP, 2010 e 2012a)

³ Taxa incidência = (total acidentes ÷ total trabalhadores expostos) × 100.000

⁴ O GEP regista a totalidade de acidentes de trabalho comunicados às seguradoras, excluindo os 'de itinere', e independentemente de haver, ou não, ausência ao trabalho.

Para que não haja equívocos: não pretendemos concluir, ou sequer insinuar, que sectores onde predomina o trabalho do tipo administrativo são sectores de sinistralidade grave, até porque, evidentemente, a análise dos dados do GEP requereria outra abordagem que não se insere no âmbito da presente dissertação. O que se pretende afirmar aqui, a partir de uma observação preliminar sobre as estatísticas dos acidentes de trabalho disponíveis, é de que existe uma sinistralidade ‘esquecida’ em sectores onde os números absolutos de acidentes graves se podem considerar baixos, embora a incidência da sinistralidade mais ligeira seja, como se viu, bastante elevada.

E, feita a abordagem inicial pelo lado dos AT, o que dizer sobre os indicadores de doenças profissionais e de doenças relacionadas com o trabalho⁵ nestes e nos outros sectores de atividade? Recorrendo a indicadores nacionais, infelizmente, pouco ou nada se pode afirmar, isto porque na realidade dos organismos nacionais persiste uma ausência quase absoluta de indicadores disponíveis, e os detetados encontram-se bastante desfasadas no tempo ou com informação pouco detalhada. No entanto, tal não nos esmoreceu de procurar alguns indicadores que, sem se poder afirmar que caracterizem a nossa realidade atual, ainda assim pudessem servir de motivação ao presente estudo.

Assim, pesquisada a informação disponível nos sítios do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, da Autoridade para as Condições do Trabalho, da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho e do Eurostat, foi apenas nas bases de dados deste último organismo que encontrámos indicadores com interesse sobre doenças relacionadas com o trabalho em geral⁶, no entanto reportados a um inquérito datado de 2007, o *Labour Force Survey* (Eurostat, 2007). Este inquérito, embora também desfasado no tempo, apresenta uma perspetiva sobre doenças causadas ou agravadas pelo trabalho, independentemente de serem ou não reconhecidas como doença profissional, nomeadamente, especificando problemas de saúde emergentes do foro músculo-esquelético e psicossocial, bem como sobre exposição a fatores de risco que possam afetar negativamente o bem-estar mental e físico dos inquiridos.

Não sendo possível comparar dados de forma direta, visto que a divisão por sector de atividade está construída ainda com base na NACE Rev. 1 (equivalente ao nosso CAE Rev. 2.1), só englobaremos os sectores ‘J – Atividades financeiras’ e ‘K – Atividades imobiliárias, alugueres e serviços prestados às empresas’, os únicos que, ainda assim, poderemos considerar aproximados aos seus congéneres constantes da CAE Rev. 3 (INE, 2007) utilizados nos dados sobre acidentes de trabalho (tabela 1.5).

⁵ Procederemos à definição destes conceitos no capítulo 2.

⁶ O MSSS apresenta alguns dados até 2006 sobre doenças profissionais, no entanto não considerámos a informação detalhada e atualizada para os efeitos pretendidos.

Tabela 1.5 – Problemas de saúde e exposição a fatores de risco para a saúde

Indicador relativo a Portugal	Todos os sectores	Sector J	Sector K
% pessoas que relataram 1 ou mais problemas de saúde relacionados com o trabalho nos últimos 12 meses	4,5%	2,0%	3,0%
% pessoas que relataram exposição a fatores que afetam negativamente o bem-estar mental	18,9%	23,2%	26,5%
% pessoas que relataram exposição a fatores que afetam negativamente o bem-estar físico	40,9%	8,1%	26,7%

(Eurostat, 2007)

Claro que a imagem apresentada na tabela 1.5 peca por demasiado estreita, dado que os outros sectores de atividade com predominância ou presença significativa do trabalho administrativo, identificados de forma mais clara no CAE Rev. 3, encontram-se, no CAE Rev. 2.1, distribuídos pelos restantes sectores de atividade.

Gostaríamos, ainda assim, de salientar o indicador relativo a ‘% pessoas que relataram exposição a fatores que afetam negativamente o bem-estar mental’, dado que nos sectores referenciados o seu valor é superior à média de todos os sectores sendo, como demonstraremos mais à frente, fatores de risco crescentes nos sectores de trabalho do tipo administrativo.

Também, enquanto motivação para esta dissertação, quisemos saber quais os problemas de saúde e fatores de risco que afetaram negativamente o bem-estar mental e físico que foram reportados no referido *Labour Force Survey 2007*.

Assim, apresentamos na tabela 1.6 os dados encontrados relativos ao total dos sectores de atividade à data. Dessa tabela salientamos as percentagens de pessoas que reportam ter tido nos últimos 12 meses ‘lesões músculo-esqueléticas’ e ‘stresse, depressão ou ansiedade’, os valores mais altos dos tipos de problemas relatados e cujos indicadores nacionais estão em linha com a média da UE27.

Seguidamente, na tabela 1.7, apresentam-se indicadores relativos às percentagens de pessoas que reportam fatores que afetam negativamente o seu bem-estar mental.

Por fim, na tabela 1.8, apresentam-se os indicadores relativos às percentagens de pessoas que reportam fatores que afetam negativamente o seu bem-estar físico.

Tabela 1.6 – Tipo de problemas de saúde (% de pessoas que os reportam)

Problemas de saúde relacionados com o trabalho ocorridos nos últimos 12 meses	UE27	Portugal
Perturbações cardiovasculares	5,3%	2,6%
Problemas auditivos	2,1%	1,8%
Distúrbios pulmonares	3,6%	6,8%
Lesões músculo-esqueléticas	54,3%	55,3%
Doenças infecciosas	1,8%	1,2%
Stresse, depressão ou ansiedade	19,8%	20,6%
Problemas de pele	1,8%	1,6%
Fadiga ocular, dor de cabeça	5,9%	3,5%
Outros problemas	5,3%	6,6%

(Eurostat, 2007)

Tabela 1.7 – Tipo de fatores de risco para o bem-estar mental (% de pessoas)

Fatores que afetam negativamente o bem-estar mental	UE27	Portugal
Assédio ou intimidação	2,7%	1,1%
Violência ou ameaça de violência	2,1%	2,4%
Pressão do tempo ou sobrecarga de trabalho	21,7%	15,4%

(Eurostat, 2007)

Tabela 1.8 – Tipo de fatores de risco para o bem-estar físico (% de pessoas)

Fatores que afetam negativamente o bem-estar físico	UE27	Portugal
Produtos químicos, poeiras, vapores, fumos ou gases	8,4%	10,3%
Ruído ou vibração	5,4%	4,6%
Posturas de trabalho, movimentos de trabalho ou movimentação manual de cargas pesadas	16,0%	14,7%
Risco de acidente	9,9%	11,4%

(Eurostat, 2007)

Atendendo a que estes dados são já antigos, apenas a título comparativo e sem que tal caracterize a realidade nacional, quisemos pesquisar informação semelhante recente de outros países da UE, tendo-se encontrado indicadores relativos já ao ano de 2011-2012⁷ no sítio do *Health and Safety Executive* do Reino Unido⁸. Pelo interesse, ainda que apenas como comparação, passamos a apresentar algumas tabelas extraídas desse organismo.

Começaremos pelos indicadores de incidência⁹ de problemas de saúde relacionados com o trabalho¹⁰ reportados por médicos especialistas numa base voluntária, *The Health and Occupation Reporting* do ano de 2011, onde iremos observar a distribuição por sector de atividade e por problema diagnosticado. Na tabela 1.9 apresentam-se os valores das taxas de incidência¹¹, quer relativamente ao ano de 2011¹², quer a média dos 3 últimos anos. De salientar que o número de casos refere-se ao número de indivíduos, independentemente do número de problemas diagnosticados reportados. Na tabela 1.10 apresenta-se a incidência de diagnósticos (cada indivíduo pode ter mais de um problema diagnosticado) por tipo de problema e a estimativa de número de dias perdidos, tudo dados relativos ao ano de 2011.

Apresentamos também os indicadores, neste caso de prevalência¹³, de estimativa de doenças causadas ou agravadas pelo trabalho autodeclaradas pelos trabalhadores, o *Labour Force Survey* de 2011-12, onde também podemos observar a distribuição por sector de atividade e por tipo de problema diagnosticado. Na tabela 1.11 encontram-se os valores das taxas de prevalência¹⁴ (estimativa), relativamente ao período anual 2011-12 e à média dos 3 últimos anos (2009-10 a 2011-12). Na tabela seguinte (tabela 1.12) apresenta-se a estimativa da prevalência de situações autodeclaradas por tipo de problema e a estimativa do número de dias perdidos, dados relativos ao período anual 2011-12.

Neste relance sobre alguns indicadores disponíveis de acidentes de trabalho e problemas de saúde relacionados com o trabalho da nossa realidade portuguesa e, como comparação, de um país da UE, não é nossa pretensão analisar a informação em detalhe, mas tão-somente mostrar que sectores onde esperamos encontrar, predominantemente, trabalho do tipo administrativo não apresentam taxas de incidência/prevalência muito menores, nalguns casos até pelo contrário, bem como apresentar o quadro genérico sobre tipos de problemas de saúde relacionados com o trabalho encontrados no total dos vários sectores de atividade.

⁷ Os organismos governamentais do Reino Unido fecham o período anual a 31 de março.

⁸ O HSE corresponde ao equivalente britânico da nossa ACT.

⁹ Incidência: quantidade de novos casos reportados no período analisado.

¹⁰ O relatório *THOR* usa o termo 'problemas de saúde relacionados com o trabalho', enquanto o relatório *LFS* usa o termo 'doença causada ou agravada pelo trabalho', embora sejam conceitos equivalentes (estes conceitos serão melhor precisados no capítulo 2).

¹¹ Novos casos por cada 100 000 trabalhadores.

¹² Apesar de o HSE fechar o período anual a 31 de março, o relatório *THOR*, em particular, tem como período o equivalente ao ano civil.

¹³ Prevalência: total de casos ativos declarados no período analisado.

¹⁴ Taxa de prevalência: prevalência por cada 100 000 trabalhadores.

Tabela 1.9 – Taxas de incidência de problemas de saúde relacionados com o trabalho reportadas por especialistas médicos (Reino Unido)

Sector de atividade	Taxas de incidência (÷ 100 000)	
	2011	Média 2009-2011
A - Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	2460	2620
B - Indústrias extrativas	5004	2503
C - Indústrias transformadoras	1716	1718
D - Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	0	1157
E - Captação, tratamento e distribuição de água; (...)	1408	2584
F - Construção	1488	1710
G - Comércio por grosso e a retalho; reparação (...)	888	1142
H - Transportes e armazenagem	1869	1924
I - Alojamento, restauração e similares	1562	1636
J - Atividades de informação e de comunicação	1207	1246
K - Atividades financeiras e de seguros	546	1453
L - Atividades imobiliárias	1068	894
M - Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	338	396
N - Atividades administrativas e dos serviços de apoio	1077	1267
O - Administração Pública e Defesa; Segurança Social Obrigatória	1644	1728
P - Educação	739	780
Q - Atividades de saúde humana e apoio social	1452	1525
R - Atividades artísticas, de espetáculos, desportivas e recreativas	1053	1116
S - Outras atividades de serviços	1242	954
T - Atividades das famílias empregadoras de pessoal (...)	0	976
U - Atividades dos organismos internacionais e (...)	0	284
TOTAL	1226	1355

(HSE, 2012)

Tabela 1.10 – Tipo de problemas de saúde relacionados com o trabalho reportados por especialistas médicos em 2011 (Reino Unido)

Categoria de problema de saúde relacionado com o trabalho	Taxa incidência (÷ 100 000)	Dias perdidos (milhares)
Músculo-esqueléticos	577	2600
Saúde mental	444	5000
Pele	139	300
Respiratórios	22	300
Audição	6	0
Outros diagnósticos	50	300
Total de diagnósticos	1237	8400

(HSE, 2012)

Tabela 1.11 – Taxas de prevalência de doenças causadas ou agravadas pelo trabalho autodeclaradas pelos trabalhadores (Reino Unido)

Sector de atividade	Taxas de prevalência (÷ 100 000)	
	2011-12	Média 3 últ. anos
A - Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	N.d.	3510
B - Indústrias extrativas	N.d.	N.d.
C - Indústrias transformadoras	2590	2750
D - Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	N.d.	5130
E - Captação, tratamento e distribuição de água; (...)	N.d.	3660
F - Construção	2570	3270
G - Comércio por grosso e a retalho; reparação (...)	2240	2300
H - Transportes e armazenagem	2760	3410
I - Alojamento, restauração e similares	1490	1810
J - Atividades de informação e de comunicação	2880	3050
K - Atividades financeiras e de seguros	2960	2730
L - Atividades imobiliárias	N.d.	2720
M - Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	2220	2350
N - Atividades administrativas e dos serviços de apoio	2460	2780
O - Administração Pública e Defesa; Segurança Social Obrigatória	3690	4040
P - Educação	3320	3800
Q - Atividades de saúde humana e apoio social	4370	4730
R - Atividades artísticas, de espetáculos, desportivas e recreativas	1770	2650
S - Outras atividades de serviços	2870	3450
T - Atividades das famílias empregadoras de pessoal (...)	N.d.	N.d.
U - Atividades dos organismos internacionais e (...)	N.d.	N.d.
TOTAL	2880	3200

(HSE, 2012)

Tabela 1.12 – Tipo de doenças causadas ou agravadas pelo trabalho autodeclaradas pelos trabalhadores em 2011-12 (Reino Unido)

Categoria de problema de saúde relacionado com o trabalho	Taxa prevalência (÷ 100 000)	Dias perdidos (milhares)
Lesões músculo-esqueléticas	1460	7503
└ afetando principalmente membros superiores ou pescoço	590	2611
└ afetando principalmente membros inferiores	290	2276
└ afetando principalmente as costas (região lombar-dorsal)	580	2616
Problemas pulmonares e/ou respiratórios	110	667
Problemas de pele	51	N.d.
Problemas de audição	47	N.d.
Stresse, depressão e/ou ansiedade	1420	10378
Dores de cabeça e/ou fadiga ocular	66	N.d.
Problemas de coração e/ou do sistema circulatório	57	N.d.
Doenças infecciosas (vírus ou bactérias)	67	316
Outros tipos de doenças	270	2468
Total	3550	22681

(HSE, 2012)

1.2. Sector dos serviços e trabalho administrativo

No ponto anterior procurámos enquadrar, preliminarmente, a motivação para a realização desta dissertação. Importaria agora clarificar o que se entende por ‘trabalho do tipo administrativo’ e onde deverá ser predominantemente encontrado.

Com efeito, generalizar o que é trabalho administrativo pode ser enganador ou, pelo menos, bastante redutor. Tomando como exemplo o sector financeiro, encontramos particularidades no trabalho administrativo em razão das funções/tarefas em concreto exercidas/desempenhadas. Por exemplo, trabalho em centros de atendimento (*call* ou *contact center*), trabalho noturno ou por turnos, serviço prestado no exterior do estabelecimento, municiamento dos caixas, dispensadores e recirculadores automáticos e operações de contagem mecânica de numerário, geram particularidades que têm de ser especificamente analisadas no âmbito da segurança e saúde do trabalho, afastando algumas dessas funções/tarefas do conceito de trabalho administrativo que, predominantemente, caracteriza o sector financeiro. Por outro lado, por exemplo, nos sectores industriais, certamente que existem funções/tarefas do tipo administrativo.

Nesse sentido importará definir, com alguma acuidade, ao que nos referimos quando falamos sobre trabalho do tipo administrativo no contexto da presente dissertação.

No ponto anterior de enquadramento já fizemos referência a sectores de atividade onde, por senso comum, esperaríamos encontrar trabalho do tipo administrativo. Relembrando conceitos básicos de economia (Infopédia, 2013), temos: o sector primário – agricultura silvicultura, pescas, pecuária, caça e indústrias extrativas; o sector secundário – atividades industriais transformadoras, construção, e produção de energia; o sector terciário ou dos serviços – comércio, turismo, transportes e atividades financeiras. À medida que o nível de desenvolvimento de um país vai crescendo a população ativa tende a deslocar-se para o terceiro sector, o que é o caso do nosso país. Face a uma classificação deste tipo esperaríamos, naturalmente, encontrar trabalho administrativo, predominantemente, no sector terciário ou dos serviços, com a ressalva que nesse sector podem estar atividades tão distintas como um escritório de contabilidade ou uma oficina de reparação de automóveis, sendo que esta última, na sua atividade dominante, pouco ou nada tem a ver com trabalho do tipo administrativo.

Feito o enquadramento prévio, trabalho predominantemente do tipo administrativo pode ser encontrado nos seguintes sectores de atividade (INE, 2007):

K – Atividades financeiras e de seguros

Inclui as atividades de intermediação financeira, abrangendo também as atividades de seguros, resseguros, fundos de pensões, investimento em valores mobiliários e outros instrumentos financeiros, assim como atividades auxiliares de intermediação financeira, dos seguros e dos fundos de pensões. Inclui também as atividades das sociedades gestoras de participações sociais (SGPS), em sociedades financeiras e não financeiras e as atividades dos trusts, fundos e outras entidades financeiras similares.

- 64 - Atividades de serviços financeiros, exceto seguros e fundos de pensões
- 65 - Seguros, resseguros e fundos de pensões, exceto segurança social obrigatória
- 66 - Atividades auxiliares de serviços financeiros e dos seguros

L – Atividades imobiliárias

Compreende a compra, venda e arrendamento de bens imobiliários, a mediação e avaliação imobiliária e a administração de imóveis.

- 681 - Compra e venda de bens imobiliários
- 682 - Arrendamento de bens imobiliários
- 683 - Atividades imobiliárias por conta de outrem

M – Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares

Inclui atividades científicas, técnicas e outras atividades que requerem um grau elevado de conhecimentos e de formação, especializados.

- 69 - Atividades jurídicas e de contabilidade
- 70 - Atividades das sedes sociais e de consultoria para a gestão
- 71 - Atividades de arquitetura, de engenharia e técnicas afins; atividades de ensaios e de análises técnicas
- 72 - Atividades de investigação científica e de desenvolvimento
- 73 - Publicidade, estudos de mercado e sondagens de opinião
- 74 - Outras atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares

N – Atividades administrativas e dos serviços de apoio

Inclui uma variedade de atividades que dão suporte geral às atividades das empresas.

- 77 - Atividades de aluguer
- 78 - Atividades de emprego
- 79 - Agências de viagem, operadores turísticos, outros serviços de reservas e atividades relacionadas
- 82 - Atividades de serviços administrativos e de apoio prestados às empresas

Em alguns outros sectores de atividade, embora as atividades dominantes não sejam do tipo administrativo, existem subsectores relevantes onde o trabalho administrativo predomina. Relativamente a um desses casos, o sector 'O – Administração pública e defesa, segurança social obrigatória', tivemos algumas dúvidas sobre se não o deveríamos considerar como de atividade administrativa predominante. No entanto, dada a expressão significativa dos subsectores que englobam as forças de segurança e de defesa, optámos por considera-lo à parte, embora seja de reconhecer a dimensão dos dois subsectores referidos na lista a seguir apresentada (apenas a título ilustrativo, lista não exaustiva):

D – Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio

Compreende a: produção, transporte, distribuição e comércio de eletricidade; produção, distribuição e comércio de gás por conduta; produção e distribuição de vapor de água quente; produção e distribuição de água fria e de ar frio.

- 3514 – Comércio de eletricidade
- 3523 – Comércio de gás por condutas

J – Atividades de informação e de comunicação

Compreende a produção e distribuição de produtos de informação e culturais, o fornecimento de meios para transmitir e distribuir esses produtos, assim como dados ou comunicações, as atividades das tecnologias da informação, o processamento de dados e outras atividades de informação.

- 61 – Telecomunicações (parcialmente)
- 62 – Consultoria e programação informática e atividades relacionadas
- 63 – Atividades dos serviços de informação

O – Administração pública e defesa; segurança social obrigatória

Compreende as atividades da administração pública em geral, relacionadas com o exercício de poderes de soberania, autoridade e representação política do Estado [...] e relativa aos domínios económico e social, envolvendo atividades legislativas, de estudo, conceção e coordenação, de controlo, auditoria e fiscalização, bem como de planeamento, definição e gestão de políticas de saúde, ação social, segurança social obrigatória, [...] e outras atividades que pela sua natureza, não podem exercer-se numa base de mercado, desenvolvidas no âmbito da Administração Pública Central, Regional Autónoma e Local.

841 – Administração pública em geral, económica e social

843 – Atividades de segurança social obrigatória

P – Educação

Compreende as atividades de ensino público, privado e cooperativo de todos os tipos [...]. Inclui o ensino em escolas, institutos e [...]. Compreende também escolas de educação [...] e de formação profissional, ensino desportivo, recreativo e das atividades culturais.

856 – Atividades de serviços de apoio à educação

S – Outras atividades de serviços

Compreende as atividades das organizações económicas, profissionais, sindicais, políticas, religiosas e organizações associativas similares, a reparação de computadores e de bens de uso pessoal e doméstico, lavagem e limpeza a seco, salões de cabeleireiro e outras atividades de serviços pessoais não incluídos noutras subclasses.

94 – Atividades das organizações associativas

Ao fechar este relance sobre atividades económicas gostaríamos de lembrar, recuperando um outro conceito básico, que não estamos a falar apenas de empresas, enquanto entidades privadas com fins lucrativos, mas também de entidades públicas e de outras entidades privadas sem fins lucrativos do sector social/associativo. Isto porque, quer no sector 'Estado', quer no denominado 'terceiro sector', é exercido muito trabalho do tipo administrativo e também aí, naturalmente, a segurança e saúde do trabalho tem de ser salvaguardada.

Por outro lado já aflorámos que uma coisa é o sector de atividade económica¹⁵ da empresa ou entidade, outra coisa distinta é a ocupação (profissão)¹⁶ dos indivíduos que nela exercem funções/tarefas. Retornando ao exemplo das indústrias poderemos encontrar operários fabris mas também empregados de escritório. Na Classificação Portuguesa de Profissões¹⁷ (INE, 2011) encontramos os seguintes grandes grupos e subgrupos de profissões (parte da informação sobre grupos e subgrupos foi excluída dado que, maioritariamente, não apresentam tarefas/funções que possam ser tipificadas como trabalho administrativo):

¹⁵ Inglês: *sector, industry*.

¹⁶ Inglês: *occupation, job*.

¹⁷ CPP 2010.

0 – Profissões das Forças Armadas

[Sem relevância no contexto de trabalho do tipo administrativo]

1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos

Compreende as tarefas e funções das profissões dos representantes do poder legislativo, de órgãos executivos, da Administração Pública, direção e gestão de empresas e outras organizações, com especial incidência na definição do regime jurídico, supervisão da execução da política do Governo, apoio aos governantes na implementação das leis e políticas definidas pelos executivos, planeamento, direção, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas pelas empresas ou outras organizações.

- 11 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, [...], diretores e gestores de empresas
- 12 – Diretores de serviços administrativos e comerciais
- 13 – Diretores de produção e de serviços especializados
- 14 – Diretores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços

2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas

Compreende as tarefas e funções das profissões intelectuais e científicas, com particular incidência nos domínios da investigação, desenvolvimento e aplicação do conhecimento humano (ciências físicas, naturais, sociais e humanas).

- 21 – Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins
- 24 – Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais
- 25 – Especialistas em tecnologias de informação e comunicação (TIC)
- 26 – Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais

3 – Técnicos e profissões de nível intermédio

Compreende as tarefas e funções das profissões técnicas de nível intermédio, com especial incidência nos domínios das ciências físicas, de engenharia, indústria, ciências da vida, saúde, áreas financeira, administrativa, negócios, jurídica, social, desportiva, cultural e tecnologias de informação e comunicação.

- 31 – Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio
- 33 – Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios
- 34 – Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares
- 35 – Técnicos das tecnologias de informação e comunicação

4 – Pessoal administrativo

Compreende as tarefas e funções das profissões administrativas, com especial incidência no registo, organização, arquivo, cálculo e recuperação de informação e execução de tarefas administrativas e operações de manuseamento de dinheiro, organização de viagens e pedidos de informação.

- 41 – Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados
- 42 – Pessoal de apoio direto a clientes
- 43 – Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo
- 44 – Outro pessoal de apoio de tipo administrativo

5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores

Compreende as tarefas e funções das profissões dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, com especial incidência no domínio da assistência a viagens, preparação e serviço de refeições, estética, limpeza, trabalho doméstico, astrologia, prestação de cuidados a animais, vendas, auxílio no cuidado a crianças, proteção de pessoas e bens e na manutenção de segurança e ordem pública.

- 51 – Trabalhadores dos serviços pessoais
- 52 – Vendedores

6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta

[Sem relevância no contexto de trabalho do tipo administrativo]

7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices

[Sem relevância no contexto de trabalho do tipo administrativo]

8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

[Sem relevância no contexto de trabalho do tipo administrativo]

9 – Trabalhadores não qualificados

[Sem relevância no contexto de trabalho do tipo administrativo]

Seria fastidioso e não acrescentaria grande mais-valia ao presente trabalho reproduzir, detalhadamente, os conteúdos funcionais de cada profissão com funções/tarefas administrativas, no entanto, a título de exemplo, apresentamos o conteúdo funcional de ‘Empregado de escritório em geral’ (INE, 2011):

Compreende as tarefas e funções do empregado de escritório em geral que consistem, particularmente, em:

- Registrar, preparar, ordenar, classificar e arquivar informação;
- Ordenar, abrir e enviar correio, fotocopiar e enviar documentos por fax e correio eletrónico;
- Preparar relatórios e correspondência de rotina;
- Responder a inquéritos telefónicos ou eletrónicos e reenviá-los;
- Verificar valores, preparar faturas e registar termos das transações financeiras;
- Transcrever informação para computadores, rever e corrigir cópias.

Estas funções/tarefas, do tipo administrativo, criam uma classe genérica de profissionais muitas vezes definidos como ‘trabalhadores de colarinho branco’¹⁸ (por oposição aos operários denominados ‘trabalhadores de colarinho azul’). Segundo o Cambridge Business Dictionary (2013) o termo ‘colarinho branco’ refere-se a pessoas que trabalham em escritório e que realizam trabalho que requer esforço mental em detrimento do esforço físico. A definição do *Bureau of Labor Statistics* (1998) dos Estados Unidos, também utilizada pela OCDE, alude ao termo como referindo-se a empregados de escritório, administrativos, profissionais de vendas e técnicos, por oposição a empregados de produção ou manutenção que são geralmente referidos como ‘trabalhadores de colarinho azul’. Ainda segundo o mesmo organismo, englobaria quatro grandes grupos de ocupações: profissionais técnicos e especialistas; gestores executivos, administradores e gerentes; profissionais de vendas; funcionários administrativos e de escritório.

Ainda um outro aspeto que convém referenciar é o contexto – ambiente, instalações, local de trabalho – em que o trabalho é exercido. Com efeito, no âmbito de uma análise de SST, é bastante distinto se uma tarefa administrativa é executada num posto de trabalho situado num edifício de escritórios ou situado num pavilhão de uma linha fabril de montagem. Por exemplo, o tipo de contaminantes presentes no ar interior, ou as condições de iluminação, serão

¹⁸ Inglês: *White-collar/ clerical/ office workers/jobs/employees.*

significativamente distintas, conforme as instalações em causa (OIT, 1998), o que determinará, naturalmente, o tipo de fatores de risco a que esses trabalhadores estão expostos.

Em conclusão, o trabalho do tipo administrativo deve ser considerado mais em razão de um posto de trabalho num local em concreto e com determinadas funções/tarefas, do que em razão quer do sector de atividade económica, quer da profissão exercida, embora relativamente a estes dois últimos seja possível definir algumas categorias onde se evidencia a predominância do trabalho do tipo administrativo.

1.3. Âmbito e objetivos propostos

Nos pontos anteriores partimos dos seguintes pressupostos, alguns dos quais genericamente procurámos demonstrar:

- A dimensão crescente do sector dos serviços e do trabalho de 'colarinho branco' caracteriza as denominadas sociedades ocidentais.
- Embora não podendo considerar-se sectores de 'risco elevado', existe uma sinistralidade e morbilidade¹⁹ ocupacionais geralmente esquecidas nos sectores de serviços administrativos.
- Vai existindo, em geral, alguma sensibilidade na sociedade relativamente à necessidade de prevenir os AT e as DP, o mesmo não nos parecendo acontecer relativamente às doenças relacionadas com o trabalho e ao mal-estar ocupacional.
- As entidades (sejam elas do sector público, privado empresarial ou associativo/social) são obrigadas, por imposição legal, a ter serviços de SST devidamente estruturados que assegurem a prevenção dos riscos profissionais.
- A prevenção dos AT e das DP vai sendo, em geral, acautelada pelos serviços de SST, tanto mais, porque geram ocorrências de participação obrigatória. No entanto, as DRT e o MEO, não gerando lesões ou doenças registadas como ocupacionais, são muitas vezes ignorados do conceito pleno de saúde ocupacional.
- Mais do que os sectores de atividade, ou as profissões, são as tarefas/funções efetivamente executadas, bem como o contexto do ambiente em que as mesmas ocorrem, que caracterizam o trabalho do tipo administrativo.

¹⁹ Casos de doença numa determinada população.

De acordo com os pressupostos referidos, iremos limitar o âmbito desta dissertação ao trabalho (funções/tarefas) do tipo administrativo, realizado em ambiente de escritório ou similar, independentemente da atividade dominante que caracterize o sector, em entidades cumpridoras do quadro legal vigente sobre segurança e saúde ocupacional, com serviços de SST devidamente estruturados, e onde se espera que as preocupações com o bem-estar dos trabalhadores vão para além da prevenção do AT e da DP.

Igualmente, estabelecemos como objetivos da presente dissertação a identificação de fatores de risco (perigos) com potencial para causar DRT e MEO, a obtenção de taxas de incidência/prevalência na amostra analisada, e a sua hierarquização por grau de importância atribuída, por via da autodeclaração dos trabalhadores, em entidades dentro do âmbito já referido.

Procurar-se-á construir uma metodologia de inquérito aos trabalhadores dentro duma filosofia semelhante à seguida nos *Labour Force Survey* do Eurostat (UE) e do *HSE* (Reino Unido). Outros instrumentos de identificação de perigos, quando existam, podem ser referidos – e em contexto real de gestão da SST devem ser utilizados –, mas estão fora do âmbito e objetivos do presente trabalho. Não se pretende fazer uma avaliação de riscos (combinação da probabilidade da ocorrência com a gravidade do dano), mas tão-somente identificar, e de alguma forma hierarquizar, os fatores de risco, ou os grandes grupos de fatores de risco, com potencial dominante para DRT e MEO.

A estrutura seguida no documento procurará sempre começar por uma abordagem de enquadramento geral/macro sobre os temas, indo especializando e detalhando à medida que nos centramos no âmbito e objetivos propostos.

A temática abordada na presente dissertação é em grande parte devedora, o que deve ser reconhecido, a uma proposta inicial que teve por base os trabalhos do professor doutor José Miquel Cabeças sobre os temas da doença relacionada com o trabalho e a da incomodidade ocupacional.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Fontes enquadradoras da segurança e saúde do trabalho

Antes de nos ocuparmos da revisão dos conceitos fundamentais em segurança e saúde ocupacional, importa listar as principais fontes de informação enquadradoras da SST com interesse no âmbito da presente dissertação, designadamente, diplomas legais, normas técnicas e organismos oficiais. Apresentamos fontes nacionais e supranacionais, embora quanto às últimas, e nos casos da legislação e normas, apenas documentos que vigorem em Portugal, ou porque foram ratificados pelo Estado Português, ou porque foram adotados pelo Sistema Português de Qualidade. Existem, naturalmente, muitos mais documentos com aplicabilidade na segurança e saúde ocupacional em trabalho administrativo em ambiente de escritório, no entanto entendemos que transcendem o âmbito e os objetivos da temática que se pretende aqui abordar que, recordamos, é a identificação de fatores de risco para DRT e MEO em trabalho administrativo.

DIPLOMAS LEGAIS

Importa reforçar que não se trata de uma lista exaustiva, mas de uma súmula dos principais documentos enquadradores considerados com interesse para a temática da dissertação. Por outro lado, e sem entrar em considerações do foro jurídico que transcendem o âmbito desta dissertação, vale a pena salientar que alguns textos supranacionais apresentados, embora se suponham transpostos para a legislação nacional (caso das convenções da OIT e das diretivas da UE), devem, ainda assim, ser tomados em consideração, pois não raramente o seu conteúdo é bem mais abrangente que o texto vertido para o ordenamento nacional. Considerámos os seguintes instrumentos legais enquadradores essenciais:

- Constituição da República Portuguesa (de aplicação parcial à SST).
- Carta Social Europeia Revista do Conselho da Europa²⁰ (1996), ratificada por Portugal em 2001 (de aplicação parcial à SST).

²⁰ O CoE, organismo distinto da UE, integra 47 países europeus, tendo por objetivo a cooperação para a defesa e promoção dos direitos humanos.

- Convenção 155 da OIT (1981), ratificada por Portugal em 1985 – Convenção sobre a segurança, a saúde dos trabalhadores e o ambiente de trabalho.
- Diretiva 89/391/CEE (alterada em 2008) – Aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho.
- Lei 59/2008 – Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (de aplicação parcial à SST).
- Lei 7/2009 – Revisão do Código do Trabalho (de aplicação parcial à SST).
- Lei 102/2009 – Regime jurídico da promoção da SST.
- Lei 98/2009 – Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.
- Decreto-Regulamentar 6/2001 alterado pelo Decreto-Regulamentar 76/2007 – Lista das doenças profissionais e respetivo índice codificado.
- Diretiva 89/654/CEE (alterada em 2007) – Prescrições mínimas de segurança e de saúde para os locais de trabalho.
- Portaria 987/93 (regula o Decreto-Lei 347/93) – Estabelece as prescrições mínimas de segurança e saúde nos locais de trabalho.
- Convenção 120 da OIT (1964), ratificada por Portugal em 1981 – Convenção relativa à higiene no comércio e escritórios.
- Decreto-Lei 243/86 – Aprova o regulamento geral de higiene e segurança do trabalho nos estabelecimentos comerciais, de escritório e serviços.
- Portaria 989/93 (regula o Decreto-Lei 349/93) – Estabelece as prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes ao trabalho com equipamentos dotados de visor.

NORMAS TÉCNICAS

As normas e especificações técnicas do SPQ e as recomendações e orientações da OMS e da OIT ganharam uma nova importância, de natureza legal, por via do disposto no art.º 11 da Lei 102/2009. Este novo artigo, do Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, estabelece que estas fontes constituem referências indispensáveis a ser tidas em conta nos procedimentos e medidas adotados em cumprimento da legislação sobre segurança e saúde no trabalho. Segue-se uma lista, não exaustiva, de documentos que considerámos fundamentais para o âmbito e objetivos desta dissertação:

- Linhas de orientação sobre sistemas de gestão da segurança e saúde ocupacional da OIT (ILO-OSH 2001).
- Recomendação 164 da OIT (1981) – Recomendação à Convenção 155.
- Recomendação 120 da OIT (1964) – Recomendação à Convenção 120.
- Norma NP 4397:2008 – Sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho. Requisitos.
- Norma EN 12464-1:2011 – *Light and lighting - Lighting of work places. Lighting of work places. Part 1: Indoor work places.*
- Norma EN ISO 7730:2005 – *Ergonomics of the thermal environment. Analytical determination and interpretation of thermal comfort using calculation of the PMV and PPD indices and local thermal comfort criteria.*
- Norma EN ISO 9241 [várias partes e datas] – *Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDTs).*

ORGANISMOS OFICIAIS

Listamos ainda alguns organismos oficiais de referência na promoção da segurança e saúde do trabalho e respetivos sítios em linha na internet:

- Organização Mundial de Saúde (OMS): www.who.int/topics/occupational_health
- Organização Internacional do Trabalho (OIT): www.ilo.org/safework
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST): <https://osha.europa.eu>
- Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT): www.act.gov.pt
- *European Working Conditions Observatory (EWCO)* do Eurofound: www.eurofound.europa.eu/ewco
- *International Occupational Hygiene Association (IOHA)*: www.ioha.net
- *Health and Safety Executive (HSE)* – Reino Unido: www.hse.gov.uk

- *National Institute for Occupational Safety and Health – Centers for Disease Control and Prevention (NIOSH-CDC)*²¹ – Estados Unidos: www.cdc.gov/niosh e www.cdc.gov/workplace

2.2. Conceitos essenciais em segurança e saúde do trabalho

Passaremos agora a identificar e definir os principais conceitos essenciais em segurança e saúde no trabalho, começando por apresentar a razão de ser desta disciplina técnica e científica.

Com efeito, diz-nos a Constituição da República Portuguesa, no seu art.º 59 n.º 1 al.ª c) que **«todos os trabalhadores, sem distinção [...] têm direito à prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde»**. De igual forma a Carta Social Europeia Revista (1996) na sua Parte I n.º 3) diz-nos que **«todos os trabalhadores têm direito à segurança e à higiene»**²² no trabalho» e, mais adiante, na parte II, artigos 2, 3 e 22, estabelece com maior grau de concretização algumas disposições que dão corpo a esse princípio.

A Declaração de Seul de 2008, no âmbito do XVIII Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho, na linha de conferências anteriores sobre o mesmo tema (OMS, 1995), categoricamente afirma que **um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito humano fundamental** (OMS, 2010 e 2010a).

E esta, podemos afirmar, é a razão principal da existência desta disciplina, **o direito fundamental e inalienável do trabalhador, enquanto ser humano, a prestar trabalho em condições que salvaguardem a sua segurança e saúde**.

Imediatamente sucedâneo a este princípio, e dando-lhe aplicabilidade prática, está o dever dos estados e, conseqüentemente, dos empregadores em assegurar essas condições de segurança e saúde aos trabalhadores. Diz-nos o art.º 4 da Convenção 155 da OIT que **«qualquer [estado] membro deverá [...], definir, por em prática e reexaminar periodicamente uma política nacional coerente em matéria de segurança, saúde dos trabalhadores e ambiente de trabalho»**. No mesmo sentido, agora respeitante aos empregadores, o Código do Trabalho, aprovado pela Lei 7/2009, impõe no seu art.º 127, sob o título 'Deveres do empregador', que **«o empregador deve, nomeadamente: [...] proporcionar boas condições de trabalho, do ponto de vista físico e moral; [...] prevenir riscos e doenças profissionais, tendo em conta a proteção da segurança e saúde do trabalhador [...];»**. No mesmo sentido dispõem ainda vários outros artigos do mesmo diploma, designadamente o art.º 281, bem como

²¹ Apesar de, tanto o HSE, como o NIOSH-CDC, serem organismos oficiais de outros países, são entidades internacionalmente reconhecidas como de referência no âmbito da SST.

²² Os termos 'saúde' e 'higiene' podem considerar-se equivalentes neste contexto.

disposições semelhantes presentes na Lei 59/2008 (sector público) e na Lei 102/2009 (sector privado).

Definida que está a razão de ser da disciplina de ‘segurança e saúde do/no trabalho’²³, importa agora precisar ao que nos referimos. A OIT (1996) define SST como «uma disciplina de âmbito alargado, que envolve muitas áreas de especialização, tendo como objetivos: a promoção e manutenção dos mais elevados níveis de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todos os sectores de atividade; a prevenção para os trabalhadores de efeitos adversos para a saúde decorrentes das suas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores no seu emprego perante os riscos resultantes de condições prejudiciais à saúde; a colocação e a manutenção de trabalhadores num ambiente de trabalho ajustado às suas necessidades físicas e mentais; a adaptação do trabalho ao homem».

Num outro documento, a mesma OIT (2011) define a SST como «uma disciplina que trata da prevenção de acidentes e de doenças profissionais, bem como da proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, tendo como objetivo melhorar as condições e o ambiente de trabalho», aparecendo aqui alguns outros conceitos que mais à frente iremos desenvolver, como sejam, o acidente de trabalho, a doença profissional e a promoção da saúde dos trabalhadores.

Já a OMS, numa conferência realizada na China em 1994 sobre estratégia global de saúde ocupacional (OMS, 1995), procura sumarizar o conceito de ‘segurança e saúde no trabalho’²⁴, denominando-o apenas como ‘saúde ocupacional’, e definindo-o como «uma atividade multidisciplinar, com o intuito de: i) proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, através da prevenção e controle de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e da eliminação dos fatores ocupacionais e condições perigosas para a saúde e segurança no trabalho; ii) desenvolvimento e promoção de organizações, condições e ambientes de trabalho seguros e saudáveis; iii) melhoria do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, e apoio para o desenvolvimento e manutenção de sua capacidade de trabalho, bem como o progresso profissional e social no trabalho; iv) capacitar os trabalhadores para realizar social e economicamente vidas produtivas e contribuir positivamente para o desenvolvimento sustentável».

A mesma OMS, na conferência realizada conjuntamente com a OIT em 1995, explicita genericamente os objetivos da saúde ocupacional (em termos latos) como sendo (FIOH, 2001): «i) a promoção e manutenção da saúde dos trabalhadores e da sua capacidade de trabalho; ii) a melhoria das condições de trabalho, para que sejam compatíveis com a segurança e saúde; iii) o desenvolvimento de uma organização do trabalho e de culturas organizacionais que contribuam para a segurança e saúde, promovam um clima social positivo, e favoreçam a melhoria da produtividade das organizações». Ainda no mesmo documento citado é referido

²³ As discussões, mais de natureza sociológica, sobre se deve dizer-se ‘do’ ou ‘no’ trabalho não cabem no nosso âmbito, pelo que usaremos os termos de forma indiscriminada.

²⁴ Inglês: *occupational health and safety; safety and health at work*.

que «a análise de documentos recentes produzidos por diversas instituições internacionais mostra que a definição tem-se expandido de um conceito estrito de ‘prevenção de acidentes e doenças de trabalho’ para a completa proteção e promoção da saúde geral dos trabalhadores». Temos então aqui a perspetiva da OMS, que reconduz a segurança e saúde no trabalho a um conceito lato e abrangente de ‘saúde ocupacional’, na linha da sua definição de saúde como «um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou debilidade» (OMS, 1946).

Já para a norma NP 4397:2008 a SST é «o conjunto das intervenções que objetivam o controlo dos riscos profissionais e a promoção da segurança e saúde dos trabalhadores da organização ou outros (incluindo trabalhadores temporários, prestadores de serviços e trabalhadores por conta própria), visitantes ou qualquer outro indivíduo no local de trabalho».

Gostaríamos de realçar alguns aspetos já indicados sobre a SST: i) é uma disciplina abrangente e multidisciplinar; ii) o seu âmbito engloba os domínios biopsicossocial do ser humano; iii) a sua intervenção procura o completo bem-estar do indivíduo, ou seja, vai para além da mera ausência de doença ou lesão; iv) por indivíduo, neste contexto, entende-se qualquer pessoa presente no local de trabalho.

Se bem que a OMS reconduza, compreensivelmente, o conceito de ‘SST’ à definição, em sentido lato, de ‘saúde ocupacional’, não podemos ignorar o facto de que ‘segurança no trabalho’ tem um significado tradicionalmente distinto de ‘saúde no trabalho’. Com efeito, embora não sendo fácil encontrar fontes que corroborem de forma clara e objetiva este facto, para os profissionais da SST o termo ‘segurança’ remete-nos geralmente para a prevenção do acidente de trabalho, ou seja, ocorrências com potencial de dano imediato, enquanto o termo ‘saúde’ (aqui em sentido intermédio) aparece relacionado com a prevenção da doença (doença em sentido lato) relacionada com o trabalho, ou seja, ocorrências com potencial de dano prolongado ao longo do tempo. O NIOSH dos Estados Unidos, num documento sobre linhas de orientação para proteger a segurança e saúde dos profissionais de saúde (NIOSH, 1988) estabelece esse conceito de forma precisa ao afirmar que «a segurança e saúde em hospitais é tradicionalmente dividida em perigos que representam uma ameaça imediata e perigos que causam problemas de saúde a longo prazo. Riscos de segurança incluem [e.g.] equipamento afiado ou cortante, corrente elétrica e pisos que podem contribuir para escorregar ou tropeçar. Riscos para a saúde são muitas vezes mais difíceis de identificar do que os riscos de segurança. Eles podem resultar numa doença imediatamente contraída ou desenvolvida a longo prazo». No desenvolvimento do tema o documento citado do NIOSH passa a identificar em separado perigos (fatores de risco) para a segurança e para a saúde.

Existe ainda um outro conceito de ‘saúde no trabalho’, neste caso em sentido restrito, que pelo menos em Portugal é bastante usado, e que decorre da definição dos serviços de saúde no trabalho, e que se refere especificamente aos atos de promoção da saúde ocupacional praticados pelos profissionais de saúde – médicos e enfermeiros (Lei 102/2009, art.º 103 e

seguintes). Por contraposição, na anterior redação do regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (Lei 35/2004, art.º 241 e seguintes), aparecia o conceito de 'higiene do trabalho' referindo-se especificamente aos atos de promoção da saúde (em sentido intermédio) praticados pelos técnicos de segurança e higiene do trabalho.

Em resumo, embora os termos apresentem algumas variações conforme as fontes, temos genericamente: 'saúde ocupacional', em sentido lato, conforme linha da OMS, refere-se à 'segurança e saúde ocupacional' (ou 'do/no trabalho') conforme aparece na linha da OIT; a 'segurança' enquanto atividade de prevenção do dano imediato, a 'saúde' (em sentido intermédio) enquanto prevenção do dano de médio-longo prazo, ainda que a sua causa possa ser imediata; por fim a 'saúde' (em sentido intermédio) engloba a 'saúde' em sentido restrito (pelo menos em Portugal) enquanto atividade desenvolvida por profissionais de medicina, e a 'higiene' enquanto atividade desenvolvida por técnicos não-médicos.

Limitações de tempo e espaço obrigam-nos a avançar, pelo que importa proceder à definição geral dos conceitos de 'acidente de trabalho', 'doença profissional', 'doença relacionada com o trabalho' e 'mal-estar ocupacional'. Estes conceitos procuram 'arrumar' a SST a partir dos grandes grupos dos efeitos adversos da exposição aos riscos²⁵ profissionais/ocupacionais.

O 'acidente de trabalho', estabelece a Lei 98/2009, art.º 8, é «aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte». Já a norma NP 4397:2008 (ponto 3.9 conjugado com a sua nota 1) define AT como «acontecimento relacionado com o trabalho em que ocorreu lesão, afeção da saúde (independentemente da gravidade) ou morte». Para a OIT (1998a) 'acidente de trabalho'²⁶ é «um acontecimento inesperado e imprevisto, incluindo atos de violência, decorrente ou em relação com o trabalho de que resulte uma lesão corporal, doença ou morte em um ou mais trabalhadores».

A 'doença profissional'²⁷ (em sentido restrito), de acordo com a Lei 7/2009, art.º 283, e a Lei 98/2009, art.º 94, é a lesão corporal, perturbação funcional ou doença que conste na lista oficial publicada em Diário da República e aquela que, não constando da referida lista, seja possível provar que é consequência, necessária e direta, da atividade exercida e não represente normal desgaste do organismo. A OIT (2010) define-a como «qualquer doença contraída em consequência de uma exposição a fatores de risco decorrentes da atividade de trabalho», salientando que dois elementos principais devem estar presentes: «i) a relação causal entre a exposição a um ambiente ou atividade de trabalho específicos e a doença específica; ii) o facto de que a doença ocorrer num grupo de pessoas expostas com uma frequência acima da média da morbilidade do resto da população em geral». No documento citado a OIT prossegue com critérios muito concretos para a classificação de uma doença como doença profissional. De igual forma a OMS (2001) refere que estamos perante uma DP quando «[...] a relação com

²⁵ Termo 'riscos' usado aqui em sentido lato.

²⁶ Inglês: *occupational accident*.

²⁷ Inglês: *occupational disease*.

determinados fatores causais no trabalho tem sido plenamente estabelecida e os fatores em causa podem ser identificados, calculados e, eventualmente, controlados».

Questão distinta é a ‘doença relacionada com o trabalho’²⁸, que a OMS (data n.d.) define como tendo «[...] causas múltiplas, onde fatores no ambiente de trabalho podem desempenhar um papel, em conjunto com outros fatores de risco, para o desenvolvimento das mesmas». Num documento já citado (OMS, 2001) este organismo estabelece uma graduação nas DRT, distinguindo entre as que são causadas por combinações e interações de vários fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho, e aquelas que, sendo pré-existent, podem ser agravadas pelo contexto do trabalho, referindo ainda que aspetos de predisposição individual podem contribuir para o seu desenvolvimento ou agravamento. Dada a importância deste conceito para a presente dissertação, voltaremos ao tema mais à frente.

Igualmente, um outro conceito, que tem vindo a ser objeto crescente de atenção, é o ‘mal-estar ocupacional’²⁹ (desconforto, insatisfação ou incomodidade relacionados com o trabalho), o qual decorre do aprofundamento da definição de saúde da OMS enquanto estado de completo bem-estar, e não apenas a ausência de doença ou outra debilidade. Se bem que não seja fácil encontrar fontes que definam o conceito de uma forma direta ou abrangente, os termos equivalentes ‘prejuízo para o bem-estar’ e ‘desconforto’, aparecem na definição de ‘higiene industrial’³⁰ dada pela *American Industrial Hygiene Association* (AIHA, N.d.), que considera ‘higiene industrial’ como «a ciência e arte devotada à antecipação, reconhecimento, avaliação e controlo dos fatores ambientais ou tensões resultantes/provenientes do local de trabalho, que podem causar doença, prejuízo para a saúde e bem-estar, ou significativo desconforto entre os trabalhadores [...]». Com efeito, ainda que não seja autodeclarada ou diagnosticada³¹ alguma doença, aspetos do ambiente de trabalho, como sejam, a qualidade do ar interior, a iluminação, o ruído, o desenho do local de trabalho, entre outros, podem influenciar, positiva ou negativamente, o bem-estar dos trabalhadores (Cooper et al., 2008). A propósito de bem-estar mental, Warr (1990) sugere um modelo que pode ser usado para examinar o bem-estar relacionado com o trabalho a partir de três, eventualmente, quatro dimensões, que denominou de: prazer-insatisfação, ansiedade-conforto, entusiasmo-depressão e fadiga-vigor. O conceito de ‘bem-estar ocupacional’ varia em função das realidades nacionais (Danna & Griffen, 1999; Räsänen, 2011), aparecendo na literatura consultada frequentemente mais focado nos aspetos psicossociais em detrimento dos aspetos físicos, nalguns casos relacionado com fatores fora do contexto da saúde ocupacional e, também, algumas vezes associado com o conceito de ‘promoção da saúde no local de trabalho’. Igualmente, voltaremos mais à frente a este tema de forma mais aprofundada.

²⁸ Inglês: *work-related disease*.

²⁹ Inglês: *negative wellbeing; discomfort; dissatisfaction; [at work] [occupational]*.

³⁰ Inglês: *industrial/occupational hygiene*.

³¹ Autodeclarada pelo trabalhador; diagnosticada por profissional médico.

Relacionado com a prevenção das DRT e do MEO, tendo começado na fronteira com as atividades de responsabilidade social das organizações, mas cada vez mais integrados na promoção da SST, existem os programas abrangentes denominados de 'promoção da saúde no local de trabalho'³² que envolvem o «esforço combinado dos empregadores, dos trabalhadores e da sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho; [...] consistindo na conjugação dos seguintes fatores: melhoria da organização do trabalho e do ambiente de trabalho; incentivo à participação dos trabalhadores; disponibilização de escolhas saudáveis; incentivos ao desenvolvimento pessoal» (ENWHP, 2007; AESST, 2010). Os programas de 'promoção da saúde no local de trabalho' partem duma visão holística e multidisciplinar, quer do indivíduo e trabalhador, quer dos contextos e fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho, partindo da premissa que existem fatores externos que influenciam e interagem com a saúde ocupacional, sendo o inverso também verdadeiro. Assim, empregadores, trabalhadores e sociedade procuram, em conjunto e duma forma voluntária, promover a saúde do indivíduo como um todo, aproveitando o contexto do local de trabalho, com benefícios para todas as partes (OMS, 2003; AESST 2012 e 2012a). Este conceito encontra-se na fronteira do âmbito e objetivos desta dissertação, pois alguns aspetos das DRT e MEO são claramente influenciados e interagem com fatores extrínsecos ao trabalho. Ainda assim, o nosso âmbito termina nos fatores de risco que estejam diretamente no controlo da empresa, pelo que os programas denominados de 'promoção da saúde no local de trabalho' estão, por agora, para além dos nossos objetivos.

Relacionado com estas temáticas, aparece o conceito de 'riscos emergentes' que a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, após consulta e debate com peritos e partes interessadas, define como (AESST, N.d.) «qualquer risco profissional novo e com tendência para aumentar; por 'novo' entende-se: i) um risco que não existia anteriormente e é causado por novos processos, novas tecnologias, novos tipos de local de trabalho, ou pelas transformações sociais ou organizacionais; ii) uma questão que não é nova, mas que passou a ser considerada um risco devido à alteração da perceção do público; iii) novo conhecimento científico que permite identificar como risco uma questão que não é nova; por 'tendência para aumentar' entende-se quando: i) o número de perigos que conduzem ao risco estiver a aumentar; ii) a probabilidade de exposição estiver a aumentar (nível de exposição e/ou número pessoas expostas); iii) o efeito do perigo na saúde dos trabalhadores estiver a agravar-se (gravidade dos efeitos na saúde e/ou do número de pessoas afetadas)». Na sequência da estratégia comunitária para a promoção da SST, foram produzidos por peritos quatro relatórios de previsão de riscos emergentes que abrangem riscos físicos, químicos, biológicos e psicossociais (AESST, 2005, 2009, 2007 e 2007a). Apenas a título de exemplo, temos como riscos físicos emergentes, entre outros, os riscos relacionados com as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, o uso de novas tecnologias e novas formas de interação homem-máquina (AESST, 2005). Como riscos psicossociais emergentes temos,

³² Inglês: *Workplace/Worksite Health Promotion*.

entre outros, os riscos relacionados com a precarização dos contratos de trabalho ou com o aumento da duração do tempo de trabalho (AESST, 2007a). No momento em que aprofundarmos as matérias relativas às DRT e ao MEO voltaremos a abordar alguns riscos emergentes.

Conceitos com interesse para o presente documento, que importa também definir, são os conceitos de ‘perigo’³³ (ou ‘fator de risco’) e de ‘risco’, e alguns outros derivados destes, ou seja, a ‘ocorrência’, o ‘dano’ e a ‘apreciação do risco’³⁴ (ou ‘avaliação do risco’).

Segundo a norma NP 4397:2008 ‘perigo’ refere-se à «fonte, situação, ou ato com potencial para o dano em termos de lesão ou afeção da saúde, ou uma combinação destes» – salientamos desta definição o termo ‘dano’. Já a Lei 102/2009 define ‘perigo’ como «a propriedade intrínseca de uma instalação, atividade, equipamento, um agente ou outro componente material do trabalho com potencial para provocar dano», sendo que para a referida Lei um ‘componente material do trabalho’ pode ser «o local de trabalho, o ambiente de trabalho, as ferramentas, as máquinas, equipamentos e materiais, as substâncias e agentes químicos, físicos e biológicos e os processos de trabalho». Já para a OIT, nas suas linhas de orientação para sistemas de gestão da SST (OIT, 2001 e 2005), ‘fator de risco’ (perigo) é aquilo que «é intrinsecamente suscetível de causar lesões ou danos à saúde das pessoas».

De acordo com a já referida norma ‘risco’ refere-se à «combinação da probabilidade de ocorrência de um acontecimento ou de exposição perigosos e da gravidade de lesões ou afeções da saúde que possam ser causadas pelo acontecimento ou pela exposição» – salientamos da definição o termo ‘ocorrência’. Para a Lei 102/2009 ‘risco’ é «a probabilidade de concretização do dano em função das condições de utilização, exposição ou interação do componente material do trabalho que apresente perigo». Nas linhas de orientação da OIT já citadas (OIT, 2001 e 2005) ‘risco’ é a «combinação da probabilidade de que ocorra um evento perigoso com a severidade das lesões ou dos danos causados por esse evento à saúde das pessoas».

Ainda, de acordo com a norma NP 4397:2008, a ‘apreciação do risco’ refere-se «ao processo de gestão do risco resultante de perigos identificados, tendo em conta a adequabilidade dos controlos existentes, cujo resultado é a decisão da aceitabilidade ou não do risco». Já nas linhas de orientação citadas (OIT, 2001 e 2005) prefere-se separar em dois níveis o conceito, definindo ‘avaliação de fator de risco (perigo)’ como a «avaliação sistemática dos fatores de risco (perigos)», e ‘avaliação de riscos’ como o «processo de avaliação dos riscos para segurança e saúde resultantes de fatores de risco (perigos) existentes no local de trabalho». A Lei 102/2009 não define o conceito, embora estabeleça a sua relação com a ‘prevenção’ afirmando no art.º 5 que «a prevenção dos riscos profissionais deve assentar numa correta e permanente avaliação de riscos [...]».

³³ Inglês: *hazards* (o mesmo que ‘*risk factors*’).

³⁴ Inglês: *risk assessment*.

Assim, e ligando os conceitos entre si, um 'perigo' (ou 'fator de risco') pode gerar uma 'ocorrência' (ou 'evento'), com potencial para um determinado 'dano', sendo o 'risco' a combinação entre a 'probabilidade da ocorrência' com a 'gravidade do dano'. A 'avaliação do risco' (ou 'apreciação do risco') refere-se à valoração que se faz do risco, tendo como objetivo a 'prevenção' da segurança e saúde das pessoas.

Com efeito, conceito também fundamental em SST é o conceito de 'prevenção', sendo que para a Lei 102/2009 o termo refere-se ao «conjunto de políticas e programas públicos, bem como disposições ou medidas tomadas ou previstas no licenciamento e em todas as fases de atividade da empresa, do estabelecimento ou do serviço, que visem eliminar ou diminuir os riscos profissionais a que estão potencialmente expostos os trabalhadores» Esta definição tem concretização mais plena nos princípios estabelecidos mais à frente na referida Lei, no art.º 15, que pela sua importância transcrevemos até ao seu n.º 3:

Artigo 15.º

Obrigações gerais do empregador

1 — O empregador deve assegurar ao trabalhador condições de segurança e de saúde em todos os aspetos do seu trabalho.

2 — O empregador deve zelar, de forma continuada e permanente, pelo exercício da atividade em condições de segurança e de saúde para o trabalhador, tendo em conta os seguintes princípios gerais de prevenção:

a) Identificação dos riscos previsíveis em todas as atividades da empresa, estabelecimento ou serviço, na conceção ou construção de instalações, de locais e processos de trabalho, assim como na seleção de equipamentos, substâncias e produtos, com vista à eliminação dos mesmos ou, quando esta seja inviável, à redução dos seus efeitos;

b) Integração da avaliação dos riscos para a segurança e a saúde do trabalhador no conjunto das atividades da empresa, estabelecimento ou serviço, devendo adotar as medidas adequadas de proteção;

c) Combate aos riscos na origem, por forma a eliminar ou reduzir a exposição e aumentar os níveis de proteção;

d) Assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos e aos fatores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador;

e) Adaptação do trabalho ao homem, especialmente no que se refere à conceção dos postos de trabalho, à escolha de equipamentos de trabalho e aos métodos de trabalho e produção, com vista a, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e reduzir os riscos psicossociais;

- f) Adaptação ao estado de evolução da técnica, bem como a novas formas de organização do trabalho;
- g) Substituição do que é perigoso pelo que é isento de perigo ou menos perigoso;
- h) Priorização das medidas de proteção coletiva em relação às medidas de proteção individual;
- i) Elaboração e divulgação de instruções compreensíveis e adequadas à atividade desenvolvida pelo trabalhador.

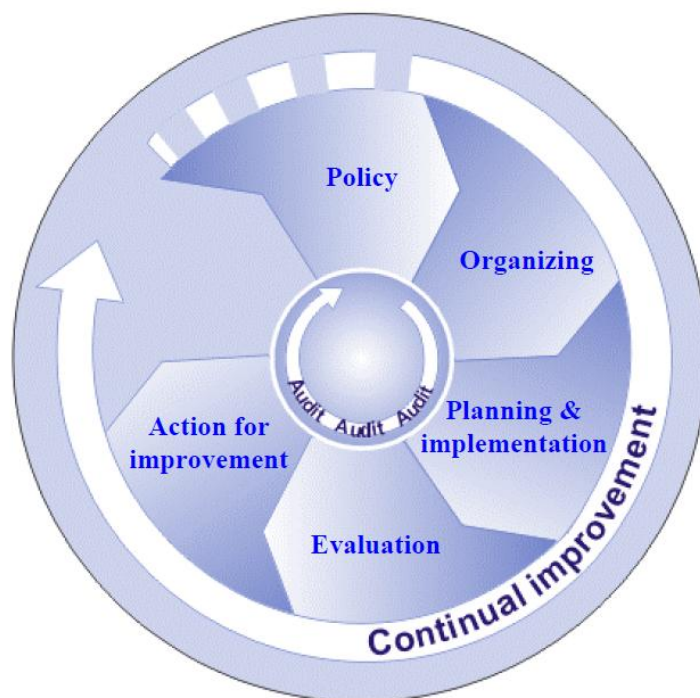
3 — Sem prejuízo das demais obrigações do empregador, as medidas de prevenção implementadas devem ser antecedidas e corresponder ao resultado das avaliações dos riscos associados às várias fases do processo produtivo, incluindo as atividades preparatórias, de manutenção e reparação, de modo a obter como resultado níveis eficazes de proteção da segurança e saúde do trabalhador.

Princípios fundamentais da prevenção são, pois, a identificação de perigos e a avaliação de riscos em todas as fases das atividades da organização e o mais na origem possível, tendo como prioridade a eliminação dos riscos profissionais, e apenas se a eliminação não for possível a sua mitigação, devendo neste último caso ser dada precedência às medidas coletivas em detrimento das individuais. Os requisitos estão em linha com as orientações da OMS quanto à prioridade que deve ser dada à prevenção primária, ou seja, evitar ou remover as causas ou fatores de risco de um problema de saúde antes do seu aparecimento (OMS, 2010a).

Com vista a alcançar os objetivos da prevenção, deve ser estabelecido um sistema eficaz de gestão da SST (OIT, 2001, 2005 e 2011; NP 4397:2008; Lei 102/2009), sistema esse que deve obedecer a vários requisitos, nomeadamente, o funcionamento em ciclo de melhoria contínua (similar ao PDCA³⁵), o estabelecimento da política de SST, a sua organização com a responsabilização e compromisso da gestão de topo e a participação de todos os intervenientes, designadamente trabalhadores e seus representantes, o planeamento e implementação, a avaliação, e as medidas preventivas e corretivas. Apenas a título ilustrativo apresentamos seguidamente os principais elementos de um sistema de gestão³⁶ da SST, quer segundo a OIT (figura 2.1), quer segundo a norma NP 4397:2008, a qual também segue as orientações da OIT (figura 2.2).

³⁵ Do inglês: *Plan-Do-Check-Act* (planear-executar-verificar-corrigir); ciclo de melhoria contínua, também conhecido por 'ciclo de Deming'.

³⁶ Inglês: *management system*.



Legenda: *Policy*: Política. *Organizing*: Organização. *Planning & implementation*: Planeamento e implementação. *Evaluation*: Avaliação. *Action for improvement*: Ação para melhorias. *Audit*: Auditoria. *Continual improvement*: Melhoria contínua.

Figura 2.1 – Principais elementos do sistema de gestão da SST (OIT, 2001)

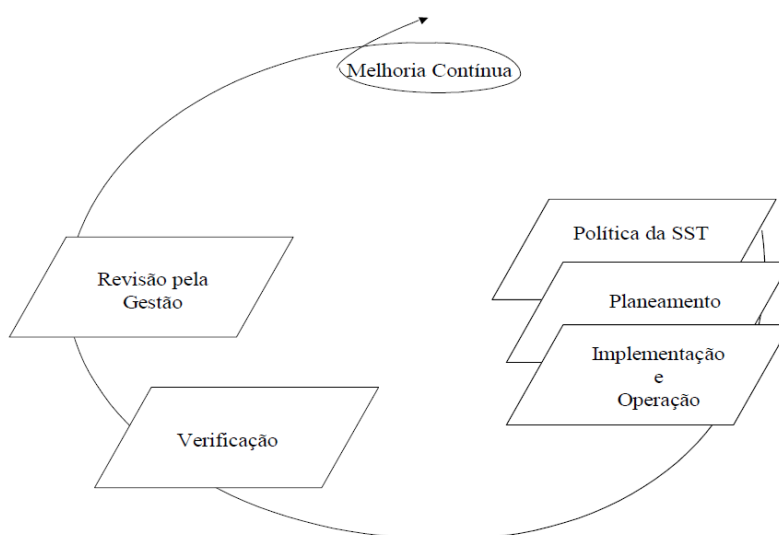


Figura 2.2 – Modelo de sistema de gestão da SST (NP 4397:2008)

2.3. Doença relacionada com o trabalho e mal-estar ocupacional

O art.º 5 n.º 2 da Lei 102/2009 estabelece: «Deve assegurar-se que o desenvolvimento económico promove a humanização do trabalho em condições de segurança e de saúde». Esta disposição, associada à definição de saúde enquanto bem-estar completo e não apenas a ausência de doença ou debilidade, são a razão da escolha dos temas da doença relacionada com o trabalho e do mal-estar ocupacional para a presente dissertação. Assim, importa pois regressar e abordar com maior detalhe e profundidade estes conceitos, designadamente, quanto à sua definição e aos seus efeitos.

Conforme apresentado no capítulo 1, existe na realidade de vários países europeus um conjunto significativo de população que reporta sofrer ou ter sofrido de uma doença causada ou agravada pelo trabalho, o que é também confirmado por indicadores provenientes de diagnóstico médico. Isto acontece em países com fortes preocupações e práticas históricas de promoção da segurança e saúde ocupacional. Por exemplo, no Reino Unido, apesar da diminuição de acidentes de trabalho fatais e não-fatais, a saúde e o bem-estar relacionados com o trabalho continuam a ser questões-chave, sendo que o número de problemas de saúde derivadas a stresse, ansiedade e depressão continuam a subir nessa realidade (Hassan et al., 2009). Igualmente, num estudo conduzido por consulta a trabalhadores finlandeses, 94% dos entrevistados identificaram a ocorrência de pelo menos um fator de risco no trabalho (Räsänen et al., 1997).

Já referimos ao longo deste trabalho que os conceitos de 'AT', 'DP', 'DRT' e 'MEO' procuram estabelecer uma 'arrumação' dos riscos profissionais quanto ao tipo dos seus efeitos – não quanto à causa, pois um mesmo fator de risco pode originar um acidente, uma doença, classificada ou não como profissional, ou um incómodo, dependendo de diversas variáveis. Esta arrumação deriva, por um lado, do enquadramento legal vigente, por outro, da interpretação da literatura técnica e científica existente. Sendo consensual que a definição de AT e de DP é mais concreta ou direta, principalmente por se tratar de conceitos legais bem definidos e cujas ocorrências são sujeitas a procedimentos tipificados de registo geralmente obrigatório, o mesmo já não se passa com as DRT e com o MEO, que lidam com matérias de definição mais complexa, menos claras na legislação vigente e, eventualmente, menos estruturadas na literatura técnica/científica consultada.

Como já vimos no ponto 2.2 (OMS, N.d. e 2001) quando falamos de doença relacionada com o trabalho referimo-nos a doenças com causas múltiplas, onde os fatores de risco presentes no ambiente de trabalho podem desempenhar um papel em conjunto com outros fatores de risco para o seu desenvolvimento. Podemos distinguir entre as que são causadas pelas combinações e interações de vários fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ao trabalho, e

aquelas que sendo pré-existentes são agravadas pelo contexto do trabalho. De salientar que aspetos de predisposição individual podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento das DRT. A doença relacionada com o trabalho distingue-se da doença profissional em razão de não ser possível estabelecer plenamente uma relação causal única entre a doença ou manifestação clínica e a exposição aos fatores de risco em contexto de trabalho (OIT 2010; OMS, 2001).

Igualmente, para o Eurostat ‘problemas de saúde relacionados com o trabalho’ (o equivalente ao nosso termo DRT) são aqueles para os quais fatores ocupacionais aumentam o risco de doença ou agravam uma doença já existente, por contraste com o conceito de ‘doença profissional’, este último termo habitualmente restringido às doenças para as quais o fator ocupacional é a única ou a mais importante causa para o aparecimento da doença (Eurostat, 2010).

Nos casos em que a relação causal inequívoca seja possível de estabelecer, ainda que a doença não faça parte da lista oficial, e mesmo que a incapacidade provocada pela doença ou manifestação clínica seja temporária, não estamos perante DRT, devendo a situação ser reconduzida a uma verdadeira doença profissional (Lei 98/2009 e Decretos Regulamentares 6/2001 e 76/2007).

A OIT (citado por Lesage, 2011) reconhece que os conceitos de DRT e DP sempre foram objeto de discussão, salientando que quando a relação causal entre a exposição a fatores de risco ocupacionais e a ocorrência de uma doença é clara, essa doença é normalmente considerada, quer medicamente, quer legalmente, como DP. No entanto nem sempre assim acontece, propondo este organismo as seguintes categorias: i) doença profissional, com uma forte ou específica relação com o trabalho, geralmente com apenas um agente causal, e reconhecida como tal; ii) doenças relacionadas com o trabalho, com múltiplos agentes causais, onde fatores no ambiente de trabalho, podem desempenhar um papel, em conjunto com outros fatores de risco, para o desenvolvimento de tais doenças, as quais têm uma etiologia complexa; iii) doenças que afetam a população trabalhadora, sem relação causal com o trabalho, mas que podem ser agravadas por riscos profissionais; (Lesage, 2011). Estes dois últimos conceitos correspondem ao termo DRT que usamos na presente dissertação.

Enquanto DRT estamos a referir-nos a doenças concretas constantes da lista da OMS denominada ‘CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10.^a Revisão’³⁷, tendo a mesma OMS produzido um documento específico com algumas das doenças que, tipicamente, podem ser relacionadas em geral com o trabalho, intitulado ‘*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) in Occupational Health*’ (OMS, 1999). No prefácio desse documento pode ler-se: «[...] O documento também apresenta exemplos típicos dos agentes causais (ou fatores

³⁷ Versões integrais e em português da ‘CID 10’ podem ser consultadas no Ministério da Saúde (Portugal) em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/CID-10>, e no governo brasileiro em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.

de risco) e indústrias (ou ocupações) de risco para cada doença profissional. É de salientar que estas listas devem ser consideradas apenas exemplificativas e não exaustivas». No mesmo sentido, não iremos fazer aqui uma reprodução do documento, o qual pode ser integralmente consultado em linha, mas apenas, dentro do âmbito desta dissertação, apresentar alguns excertos exemplificativos.

O documento começa por precisar que uma doença ocupacional não é caracterizada apenas pela doença em si, mas pela combinação entre a doença e uma exposição, e que a maioria dos sistemas de classificação encontra-se estruturada da seguinte forma:

1. Doenças causadas por agentes
 - 1.1. Doenças causadas por agentes químicos
 - 1.2. Doenças causadas por agentes físicos
 - 1.3. Doenças causadas por agentes biológicos
2. Doenças por órgão atingido
 - 2.1. Doenças ocupacionais respiratórias
 - 2.2. Doenças ocupacionais de pele
 - 2.3. Doenças ocupacionais músculo-esqueléticas
3. Cancro ocupacional
4. Outras

Assim, o documento classifica as doenças ocupacionais (em sentido lato) tendo em atenção os dois aspetos, o diagnóstico médico e o agente causal. Informação adicional, como seja, a forma e o tempo de exposição ao agente causal, e a descrição do trabalho que dá origem às condições de exposição, deve ser incluída. Igualmente é referido no documento que determinados fatores de risco podem ser causadores de mais do que uma doença ocupacional, e.g., a exposição a vibrações mecânicas pode provocar doenças vasculares e doenças neurológicas, entre outras. Do documento em apreço retirámos algumas figuras exemplificativas que apresentamos mais à frente (figuras 2.3 a 2.5).

Igualmente no ponto 2.2 definimos genericamente o termo MEO, o qual foi apresentado como prejuízo para o bem-estar ou desconforto relacionados com o trabalho a partir da definição de 'higiene industrial' (AIHA, N.d.). Trata-se de aspetos do ambiente de trabalho, e.g., a qualidade do ar interior, a iluminação, o ruído, ou o desenho do local de trabalho que podem influenciar negativamente o bem-estar dos trabalhadores (Cooper et al., 2008), designadamente, causando insatisfação, ansiedade, depressão ou fadiga (Warr, 1990). Estamos, pois, perante aspetos que causam incómodo, mal-estar ou simplesmente, diminuem o bem-estar dos indivíduos. Vimos ainda que não é fácil encontrar fontes que definam o conceito de uma forma direta, e que o conceito, seu oposto, de 'bem-estar ocupacional' varia em função das realidades nacionais (Danna e Griffen, 1999; Räsänen, 2011), aparecendo na literatura consultada frequentemente mais focado nos aspetos psicossociais em detrimento dos aspetos físicos.

A.4 Mental and behavioural disorders (F00-F99)

Work-related mental and behavioural disorders and symptoms are a growing health problem. It is, however, difficult to assess at individual level the occupational nature of such disorders, and there is not enough experience to guide the notification (or recognition) of most of such disorders.

CODE	DISEASE	EXPOSURE
F43.-	Reaction to severe stress, and adjustment disorders	
	F43.0 Acute stress reaction	Exceptional physical and mental stress
	F43.1 Post-traumatic stress disorder	Stressful event or situation

Figura 2.3 – Perturbações mentais e de comportamento (F00-F99) (OMS, 1999)

A.5 Diseases of the nervous system (G00-G99)

The most common occupational nervous diseases are mononeuropathies, polyneuropathies and toxic encephalopathy. These disorders may occur alone or sometimes as a part of a complex toxic process including diseases and symptoms of various organs. If clear nervous diseases are observed, it is preferable to code them specifically instead of using the non-specific codes of toxic effects (T-codes, section A.15). Notice that the coding principles of the toxic disorders of the central nervous system are described in section 2.2.2 and the coding principles of vibration effects in section 2.2.1.

CODE	DISEASE	AGENT	OCCUPATION/INDUSTRY
G56.-	Mononeuropathies of the upper limb G56.0 Carpal tunnel syndrome G56.2 Lesion of the ulnar nerve G56.3 Lesion of the radial nerve G56.8 Other mononeuropathies of the upper limb	For G56.0: Forceful repetitive work, vibration and extreme postures of the wrist. Especially a combination of these risk factors	For G56.0: Work involving forceful repetitive movements, work with vibrating tools, work involving extreme postures of the wrist. E.g. meat, poultry and fish processors, sawmill and creamery workers, construction workers

Figura 2.4 – Doenças do sistema nervoso (G00-G99) (OMS, 1999)

Conforme Briner (2000) «os ambientes de trabalho têm muitas propriedades que podem afetar igualmente o bem-estar físico e o bem-estar psicológico». Para este autor «o ambiente de trabalho pode ser considerado, de forma simples, como o meio em que as pessoas trabalham». Trata-se de «uma categoria muito ampla, que engloba o espaço físico (e.g., ambiente térmico e equipamentos), características do trabalho em si mesmo (e.g., carga de trabalho e complexidade das tarefas), e características organizacionais amplas (e.g., cultura e história)» (Briner, 2000).

A.12 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (M00-M99)

Many musculoskeletal diseases can be related to work. Due to the multifactorial origin of these diseases, the etiologic fraction due to work is often difficult to assess. There is not enough experience to guide the notification of work-related neck, shoulder or low back disorders. Vigorous and repetitive movements of the upper limb joints may cause diseases, which are included in the notification practice in many countries (see below and section A.5). The incidence of tenosynovitis of the hand and wrist is high in many manufacturing occupations. Upper extremity pain and other symptoms are prevalent also in other types of tasks which involve repetitive, but usually not highly strenuous movements, such as modern keyboard work, typing and supermarket cashiering (see ref. 5).

Osteorthrosis of the carpal and elbow region may be due to mechanical vibration and is included in the notification schemes in some countries (see codes M19.2, M93.1 and M93.8 in ICD-10).

CODE	DISEASE	AGENT	OCCUPATION/INDUSTRY
M65.-	Synovitis and tenosynovitis M65.4 Radial styloid tenosynovitis (de Quervain)	Repetitive movements, forceful exertions and extreme postures of the wrist. Especially a combination of these risk factors.	Work involving repetitive movements, forceful exertions and extreme postures of the wrist. E.g. meat, fish and poultry processing, construction and carpentry, electronics assembly, textile work

Figura 2.5 – Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) (OMS, 1999)

Bem-estar é mais do que o evitar a doença física, representando uma ampla conceção biopsicossocial, que inclui a saúde física, mental e social (CIPD, 2007). De acordo com esse relatório, bem-estar no trabalho não se refere apenas à gestão do ambiente físico e cultural com o objetivo de não causar dano ao trabalhador, mas exige que as organizações ajudem ativamente as pessoas a maximizar a sua saúde física e mental (CIPD, 2007). Esta abordagem trás benefícios às pessoas dentro e fora do local de trabalho, bem como torna o local de trabalho mais produtivo, atrativo e socialmente responsável (CIPD, 2007).

As consequências da insatisfação relacionada com o trabalho podem ser físicas, psicológicas ou comportamentais, podendo ser agravadas por experiências fora do contexto do trabalho e fatores de predisposição individual (Danna e Griffin, 1999). Para estes autores fatores de risco físicos e psicológicos no ambiente de trabalho, bem como a interação entre eles, devem ser tidos em atenção.

Cooper e Nelson (2005), por outro lado, referindo-se à ligação entre stresse e saúde, preferem enfatizar um conceito de bem-estar positivo³⁸, retirando o foco dos fatores negativos que provocam mal-estar e colocando a atenção nos fatores positivos que podem promover o bem-estar.

³⁸ Numa tradução literal do conceito em inglês *positive wellbeing*.

No entanto, convém referir que a distinção que fazemos na presente dissertação entre DRT e MEO nem sempre aparece clara na literatura consultada no que se refere aos efeitos de determinados fatores de risco. Procurando clarificar a distinção entre os termos 'saúde' e 'bem-estar', e fazendo uma ponte com o conceito de 'saúde' preconizado pela OMS (1946), Danna e Griffen (1999) propõem a utilização do termo 'saúde intrínseca' quando estamos perante sintomatologia física/fisiológica ou mental/psicológica num contexto médico, o que podemos considerar equivalente ao nosso conceito de DRT, distinguindo-se assim de MEO que não pressupõe a existência dessa sintomatologia médica.

Assim, embora não sendo fácil definir as fronteiras, não é suposto que o MEO dê origem a sinais e sintomas patológicos ou diagnóstico de doença. Nos casos em que a exposição aos fatores de risco dê origem a manifestações clínicas, ainda que ligeiras ou temporárias, entendemos que não estamos perante MEO mas sim DRT (ou mesmo, no limite e desde que caiba na definição, perante uma DP). Importa ainda precisar que o MEO não pode ser devido a consequências de acidente ocorrido, ou a doença pré-existente, relacionados ou não com o trabalho, mas a outras causas específicas presentes no contexto do trabalho. Por outro lado, a exposição severa ou sistemática a fatores de risco com potencial para MEO, para além de diminuir a satisfação e bem-estar dos indivíduos, pode ter como consequência o aparecimento de DRT (ou mesmo DP). A título de exemplo, não será difícil imaginar um cenário em que a exposição severa ou sistemática a fatores de desconforto térmico tenha como consequência o aparecimento de constipações ou outras manifestações clínicas mais graves. De igual forma a exposição severa ou sistemática a ritmos de trabalho elevados pode levar à exaustão ou outros problemas de saúde graves.

No já aqui citado estudo conduzido por consulta a trabalhadores finlandeses (Räsänen et al., 1997) foram identificados diversos grandes grupos de fatores de risco, cujos efeitos (danos) podem cair na definição de DRT ou de MEO: fatores físicos/químicos, fatores ergonómicos e fatores psicossociais/organizacionais. O fator de risco mais frequentemente identificado foi o aumento do ritmo de trabalho (pressão do tempo) por 67% dos inquiridos; seguiu-se a tensão mental (mentalmente extenuante ou muito extenuante) reportada por 52% dos auscultados; movimentos repetitivos foram identificados por 39%; ruído foi identificado em 31% das respostas; 30% reportaram desconforto térmico (calor, frio ou temperatura variável); 25% reportaram poeiras ou sujidade no ambiente de trabalho; cerca de 20% reportaram posturas de trabalho desconfortáveis e movimentação de cargas pesadas; cerca de 13% dos inquiridos reportaram exposição a agentes irritantes, solventes ou vapores; também 13% reportaram trabalho monótono; ambiente húmido no local de trabalho foi reportado por 11%; conflitos entre chefias e subordinados 10%; outros fatores prejudiciais, tais como, vibrações, ar ambiente seco, iluminação pobre, conflitos/competição entre colegas pares e trabalho sem significado foram, respetivamente, reportados por menos de 10% dos inquiridos.

No mesmo estudo (Räsänen et al., 1997) os inquiridos foram questionados sobre sintomas relacionados com o trabalho, percecionados num determinado período recente, tendo 61%

referido pelo menos um sintoma relacionado com o trabalho. As respostas identificaram os seguintes sintomas: sintomas músculo-esqueléticos 70%; sintomas mentais 57%; sintomas psicossomáticos 52%; problemas de pele 43%; sintomas respiratórios e nos órgãos sensoriais 40%; outros sintomas 46%. Este estudo tem a particularidade de identificar fatores de risco ao mesmo tempo que procura encontrar evidências dos danos causados à saúde pelos mesmos.

Também num relatório sobre trabalho e saúde (Robert Wood Johnson Foundation, 2008) a partir de várias fontes é analisada a relação entre a exposição a fatores de risco físicos e fatores psicossociais e a sua relação com a saúde física e mental dos trabalhadores. Entre fatores de risco de natureza física são referidas as posturas desconfortáveis, movimentos repetitivos, movimentação de cargas pesadas e trabalho sedentário. Entre consequências da exposição aos fatores físicos são referidas, entre outras: a 'síndrome do túnel do carpo' causada por movimentos repetitivos; obesidade, diabetes e doenças de coração como consequência do sedentarismo; inadequada ventilação ou regulação térmica é identificado como causa de agravamento de alergias e asma. Também fatores de risco psicossocial e suas consequências são identificados: alta exigência no trabalho com baixa margem de decisão é fator de agravamento de tensão no trabalho, com probabilidade de desenvolvimento de doenças crónicas (e.g., problemas cardiovasculares), bem como comportamentos não saudáveis (e.g., tabagismo); elevado esforço com baixa recompensa tem sido associado com o aumento da incidência de doenças coronárias, bem como com distúrbios psiquiátricos e sociais; trabalhadores expostos a baixos níveis de justiça no trabalho têm períodos de absentismo por doença mais prolongados, maior incidência de problemas mentais e uma saúde em geral mais débil; a discriminação no local de trabalho no curto prazo aumenta os níveis de stresse, pressão arterial e outros sintomas fisiológicos, levando no longo prazo a problemas músculo-esqueléticos, artrites, doenças do coração e outras doenças físicas; má organização do tempo de trabalho, como turnos de trabalho noturno e excesso de horas de trabalho, podem causar dano para a saúde como fadiga e distúrbios no ritmo circadiano; privação do sono leva a um decréscimo de concentração, baixa a capacidade cognitiva e pode causar erros com impacto negativo na saúde, no trabalho ou em ambos; trabalhar mais de 40 horas por semana tem sido associado a pior saúde em geral, aumento do número de lesões e problemas de saúde, e aumento dos níveis de mortalidade, com especiais efeitos pronunciados se em conjugação com turnos de trabalho superiores a 8 horas; longas deslocações entre residência e local de trabalho têm sido associados a altos níveis de stresse; longos períodos de condução automóvel nas deslocações casa-trabalho têm sido ligados a problemas físicos, como dor lombar, aumento da probabilidade de obesidade, e menos tempo para o lazer e atividades sociais, para além de contribuírem para o congestionamento do trânsito e poluição atmosférica, redução da atividade física e risco de ferimentos ou morte devidos a acidentes rodoviários (Robert Wood Johnson Foundation, 2008).

Num outro documento da OMS (1995) é referido que um elevado número de agentes físicos, químicos e biológicos, bem como fatores adversos ergonómicos, fisiológicos e psicossociais são encontrados nos ambientes de trabalho quotidianos, e que esses agentes, individualmente, ou em várias complexas combinações, ameaçam a segurança e saúde dos trabalhadores e reduzem o seu bem-estar e produtividade. Alguns perigos têm sido bem identificados, enquanto outros, como radiações não-ionizantes e poluição do ar interior, necessitam ainda de investigação e gestão científica do risco. Igualmente problemas de saúde ocupacional causados por novos desenvolvimentos de métodos e organização do trabalho e nova tecnologia de produção, devem ser previstos e avaliados o mais cedo possível com vistas a uma ação preventiva eficaz (OMS, 1995).

O mesmo documento da OMS continua, observando que, a par das doenças profissionais formalmente registadas, ocorre um elevado número de doenças relacionadas com o trabalho parcialmente causadas por fatores ocupacionais ou agravadas pelo trabalho ou relacionadas com estilos de vida determinados pelo trabalho (OMS, 1995).

Problemas psicossociais no trabalho, como stresse, tornaram-se o problema de saúde ocupacional mais comum nos países industrializados no final do século XX. Estes novos problemas de saúde ocupacional tendem a fugir dos problemas tradicionais, sendo associados com novas tecnologias, novas substâncias, fatores psicossociais e necessidades especiais derivadas ao envelhecimento da população e de grupos vulneráveis. Distúrbios músculo-esqueléticos, a par com problemas psicológicos e psicossociais, são os riscos associados ao trabalho com maior crescimento desde final do século (OMS, 1995).

Kortum, Leka e Cox (2010), num trabalho sobre riscos psicossociais e stresse relacionado com o trabalho, igualmente referem que está bastante bem documentado, pela investigação realizada em países industrializados, que os fatores de risco (perigos) psicossociais têm a capacidade para afetar o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores e que existe um elevado número de riscos reais envolvidos, como sejam morte prematura, perda de qualidade de vida e problemas de saúde global. No quadro que apresentamos mais à frente (tabela 2.1) são identificadas algumas consequências para a saúde da exposição aos fatores de risco (perigos) psicossociais reportadas por peritos entrevistados por estes autores.

Num outro artigo Cox et al. (2004) referem que o trabalho pode ser uma causa direta para problemas de saúde mental, ou um fator que contribui para o seu desenvolvimento, e que existem evidências claras de que a conceção e a gestão do trabalho podem ser uma grave ameaça para a saúde mental dos trabalhadores.

Tabela 2.1 – Consequências para a saúde da exposição aos fatores de risco psicossociais e stresse relacionado com o trabalho: resultados a partir de entrevistas com peritos

Temas	Consequências para a saúde
Saúde física	problemas de coração e circulação problemas gastrointestinais lesões músculo-esqueléticas dores de cabeça / enxaquecas sintomas dermatológicos e respiratórios debilidades/lesões diabetes ulceras certos tipos de cancro
Saúde mental	depressão; ansiedade; problemas emocionais suicídio e comportamentos suicidas distúrbios mentais (em geral)
Comportamentos nefastos para a saúde	abuso drogas tabagismo obesidade
Stresse e outras consequências para a saúde	saúde física e mental (inter-relação) fadiga e problemas de sono (física e mental)

(Kortum, Leka e Cox, 2010)

Para Cox, Griffiths e Rial-González (2000) «[...] os fatores de risco relacionados com o trabalho podem ser genericamente divididos entre perigos físicos, que incluem os biológicos, biomecânicos, químicos e radiológicos, e os perigos psicossociais. Fatores de risco psicossociais podem ser definidos como “os aspetos da conceção, organização e gestão do trabalho, e o seu contexto social e ambiental, que têm o potencial de causar dano psicológico, social ou físico”. A exposição aos perigos físicos e psicossociais pode afetar tanto a saúde física como a saúde mental. A evidência sugere que esses efeitos podem ser mediados por, pelo menos, dois processos: um mecanismo direto, e um mecanismo psicossocial mediado pelo stresse. Estes dois mecanismos nem sempre oferecem explicações possíveis da associação perigo-saúde; na maioria das situações ambos operam e interagem de várias formas e em vários graus».

Ainda os mesmos autores (Cox, Griffiths e Rial-González, 2000) relatam que «[...] as evidências demonstram que a exposição ao stresse não tem necessariamente que provocar sequelas patológicas. Muitas das respostas do individuo a essa experiência, tanto psicológica como fisiologicamente, estão confortavelmente dentro dos limites normais [...], não tendo

forçosamente de causar qualquer perturbação ou dano duradouro. No entanto, é igualmente evidente que as experiências emocionais negativas que estão associadas com a experiência de stresse prejudicam tanto a qualidade de vida em geral, como a sensação de bem-estar da pessoa. Assim, a experiência de stresse, embora reduzindo essa sensação de bem-estar, não tem forçosamente de contribuir para o desenvolvimento de distúrbio físico ou psicológico. Para alguns, no entanto, a experiência pode influenciar o desenvolvimento de doença, ou seja, o stresse pode afetar a saúde. Há evidências de que a experiência de stresse no trabalho está associada a mudanças do comportamento e das funções fisiológicas, sendo que ambos podem ser prejudiciais para a saúde dos trabalhadores. Muito se sabe sobre os possíveis mecanismos subjacentes a estes efeitos, e uma atenção especial tem sido dada a patologias possivelmente associados com a atividade imunitária debilitada, bem como aqueles mais tradicionalmente ligados ao stresse, tais como as úlceras, a doença cardíaca coronária e artrite reumatoide» (Cox, Griffiths e Rial-González, 2000).

Numa revisão sistemática e meta-análise de 485 estudos, conduzida por Faragher, Cass e Cooper (2005), os indicadores de saúde foram divididos entre os referentes a saúde mental e os relativos a saúde física. Em indicadores de saúde mental apareciam depressão, ansiedade, *burnout* (esgotamento), autoestima, e saúde mental em geral; indicadores de saúde física foram restritos a sintomas subjetivos (queixas psicossomáticas, como dores de cabeça, tonturas, dores musculares e problemas digestivos), doença cardiovascular e desordens músculo-esqueléticas. A condição 'tensão/pressão' foi criada para permitir incluir estudos que combinavam indicadores de saúde física e mental (Faragher, Cass e Cooper, 2005).

Os referidos autores encontraram uma forte associação entre satisfação no trabalho e problemas de índole mental/psicossocial, em contraste com uma mais fraca associação com queixas de natureza física. A maior correlação encontrada foi com o *burnout* (apenas 5 em 62 estudos sobre *burnout* falharam em encontrar uma associação estatisticamente significativa). A satisfação no trabalho aparece ainda positivamente correlacionada, embora menos fortemente, com (por esta ordem): depressão, ansiedade, autoestima, saúde mental em geral, tensão/pressão, doença física subjetiva (sintomas psicossomáticos). A mais baixa correlação estava relacionada com as duas doenças físicas concretas (por esta ordem): doença cardiovascular, e desordens músculo-esqueléticas (Faragher, Cass e Cooper, 2005).

Esta meta-análise em larga escala permitiu comprovar uma clara e forte relação entre satisfação no trabalho e saúde mental e física. As correlações encontradas eram vastas e altamente significativas (quer em termos estatísticos, quer em termos clínicos), principalmente nos aspetos de saúde mental, confirmando que a insatisfação ocupacional é um fator de risco grave para a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores. Isto tem implicações de saúde importantes para a conceção e execução de programas de intervenção de saúde dos trabalhadores. Os resultados deste estudo permitem concluir que as avaliações de risco de stresse no local de trabalho deveriam procurar identificar os aspetos do trabalho que estão a causar mais insatisfação entre os trabalhadores (e.g., horas de trabalho, estilo de gestão

organizacional, carga de trabalho, controlo e autonomia no trabalho, etc.) uma vez que estes são suscetíveis de serem os fatores que provocam elevados níveis de stresse. Após processo de consulta efetiva aos trabalhadores, as práticas de trabalho devem ser alteradas de forma adequada, e o impacto das alterações medido em termos dos seus efeitos, tanto sobre os níveis de stresse, como da satisfação no trabalho. Confirmando-se esta relação causal, as mudanças que têm maior impacto sobre a satisfação no trabalho serão também aquelas que irão produzir os maiores benefícios para a saúde mental dos trabalhadores (em particular, para reduzir os níveis de esgotamento [no original, *burnout*] ou exaustão emocional), com um efeito multiplicador benéfico para a saúde organizacional (Faragher, Cass e Cooper, 2005).

Num outro estudo de 2012, García-Herrero et al. encontraram resultados que mostram fortes relações entre condições de higiene do trabalho e acidentes, entre condições ergonómicas e sintomas físicos, e entre exigências do trabalho e sintomas psicológicos. Más condições de higiene do trabalho aumentaram a probabilidade de um acidente de 10,46% para 21,53%; condições ergonómicas pobres aumentaram os sintomas físicos de 32,32% para 47,66%; e as elevadas exigências do trabalho aumentaram os sintomas psicológicos de 10,49% para 18,43%. As análises de sensibilidade realizadas também revelaram uma influência significativa recíproca entre sintomas físicos e sintomas psicológicos. Trabalhadores com três ou mais sintomas físicos apresentaram uma probabilidade de 19,64% de sofrerem de sintomas psicológicos, e vice-versa, trabalhadores com três ou mais sintomas psicológicos apresentaram uma probabilidade de 60,50% de ter sintomas físicos. Por sua vez, o aumento desta sintomatologia aumentou consideravelmente a probabilidade de acidentes de trabalho. Ou seja, perante a existência de sintomas físicos e psicológicos a probabilidade de acidentes subiu para 19,03%. Deve ser salientado que os aspetos que tiveram a maior influência sobre os sintomas físicos foram o conjunto dos fatores associados com a ergonomia, particularmente ocupações que exigiam ao trabalhador adotar posturas corporais difíceis, esticar-se para alcançar produtos, ou ser submetido a vibrações causadas por ferramentas manuais, máquinas, veículos, etc., bem como trabalho rápido em tarefas repetitivas com prazos curtos. Sofrimento psicológico [no original, *distress*] foi agravado nos trabalhadores que enfrentaram elevadas exigências nos postos de trabalho, e.g., quando a carga de trabalho era excessiva, quando realizaram atividades de trabalho em espaços confinados, ou foram submetidos a condições térmicas pobres, trabalhando em temperaturas altas ou baixas (García-Herrero et al., 2012).

A relação entre fatores de risco psicossociais e LMERT tem sido também encontrada noutros estudos, constatando-se que «os aspetos psicossociais do trabalho, em conjunto com os seus aspetos biomecânicos, têm demonstrado uma relação significativa com sintomas e distúrbios músculo-esqueléticos» (Faucett, 2005).

Numa excelente exaustiva revisão dos estudos existentes sobre impacto dos perigos psicossociais para a saúde, patrocinada pela OMS, Leka e Jain (2010) encontraram evidências de que a exposição a esses fatores de risco causa danos para a saúde psicológica e social, esgotamento (*burnout*), depressão e outros distúrbios mentais, efeitos sobre a saúde

fisiológica/física, problemas músculo-esqueléticos, incluindo dor lombar, doenças de coração, e problemas metabólicos como seja a diabetes. Igualmente uma associação entre ruído e reações psicossociais do indivíduo, incluindo aumento dos níveis de stresse, foi encontrada. Vários grupos de fatores de risco foram também identificados, como sejam: a alteração da natureza do trabalho, o impacto de novas formas de organização e emprego, alterações na população trabalhadora (idade, sexo, etc.), diferencial entre exigências do trabalho e capacidades do indivíduo, o conteúdo do trabalho, carga e ritmo de trabalho, controlo, trabalho por turnos e aumento das horas de trabalho, ambiente e equipamentos, cultura e funcionamento organizacional, relações interpessoais, papel na organização, desenvolvimento da carreira e conciliação do trabalho com a vida familiar/pessoal (Leka e Jain, 2010).

Em sentido semelhante ao que aqui foi exposto, num outro documento já algo antigo, datado de 1986, a OIT caracterizava e identificava fatores de risco psicossociais, descrevendo as suas consequências e apresentando medidas de gestão e controlo para os fatores de risco e seus efeitos (OIT, 1986).

Um inquérito pan-europeu lançado pela AESST, cujos resultados foram divulgados muito recentemente, concluiu que «metade dos trabalhadores em toda a Europa considera comum o stresse relacionado com o trabalho e quatro em cada dez entendem que a questão não é bem gerida no seu local de trabalho; a insegurança no emprego, ou a reorganização do trabalho, é vista como a causa mais comum do stresse relacionado com o trabalho em toda a Europa» (AESST, 2013). Dado que a divulgação deste documento já vem em momento avançado da elaboração desta dissertação, não iremos aqui aprofundar as suas conclusões, no entanto não poderíamos deixar de fazer uma referência ao mesmo.

Procurámos ao longo deste ponto aprofundar os conceitos de DRT e MEO, ao mesmo tempo que concluímos que nem sempre é fácil separar o que são efeitos ao nível da DRT e o que são efeitos ao nível do MEO e que vários fatores de risco operam danos ao nível da DRT e do MEO em simultâneo. Estes fatores de risco operam de formas complexas, interagindo muitas vezes entre si, com diversos efeitos/consequências para a saúde, quer ao nível fisiológico, quer ao nível psicossocial.

2.4. Principais fatores de risco para DRT e MEO no trabalho administrativo em ambiente de escritório

Neste ponto, pretende-se caracterizar, genericamente, os 'grandes' grupos de fatores de risco dominantes (ou mais frequentemente referenciados) em trabalho do tipo administrativo em ambiente de escritório.

Tomando como ponto de partida a Enciclopédia da OIT sobre SST, podemos encontrar no seu ponto acerca de 'escritórios e comércio a retalho'³⁹ vários textos, de autores distintos, onde, de uma forma geral, são caracterizados os riscos dominantes neste sector de atividade.

Por exemplo, Howard, Levenstein e Rosenberg (2011) e Hord (2011) afirmam que trabalho em escritório e comércio é tradicionalmente considerado como limpo, fácil e seguro, sendo que lesões graves que ameacem a vida são raras, embora existam perigos ocupacionais que diminuam a qualidade de vida e que, em alguns casos, podem provocar lesões graves e mesmo a morte. Para estes autores, um dos fatores de risco que se pode encontrar é o stresse e outros fatores de risco psicossociais, que podem provocar dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais e do sono, pressão alta e outras doenças cardiovasculares, ansiedade, depressão e aumento do uso de álcool e drogas. Trabalho em escritórios e comércios de retalho pode provocar estes problemas em razão da estrutura das atividades e da organização do trabalho. Por exemplo, a forma de relações de trabalho, como seja, o recurso a trabalhadores temporários ou precários, a existência de altas responsabilidades com pouca autonomia e controlo sobre o trabalho, as relações entre colegas, e mesmo fatores ergonómicos, podem contribuir para elevados índices de stresse. Outro grande grupo de perigos diz respeito à qualidade do ar interior, tendo em atenção deficiências de desenho e funcionamento na ventilação, contaminação pelos materiais de construção e pelos equipamentos (máquinas) existentes no local de trabalho, o que pode contribuir para o aparecimento de bolores, bactérias, etc., dando origem ao que conhecemos por 'síndrome do edifício doente'⁴⁰, com consequências ao nível de alergias nas vias respiratórias e pele, problemas respiratórios ou outras doenças mais graves que não podem, de todo, ser ignoradas. Um terceiro grupo de fatores de risco identificado prende-se com os riscos ergonómicos, onde são identificadas questões relacionadas com a introdução de novas tecnologias e processos de trabalho sem o devido cuidado de as adaptar ao homem. Por exemplo, aumento da frequência do ritmo de trabalho, trabalho repetitivo ao ritmo imposto pela organização, etc., são alguns aspetos mencionados. Como consequências são identificadas as denominadas LMERT. Igualmente o trabalho com computadores e ecrãs de visualização (ou equipamentos dotados de visor) é fator causador de problemas a esse nível, e.g., derivado a prolongados períodos de tempo sentado, com consequências ao nível da coluna vertebral na região lombar e problemas de circulação. Outros problemas de saúde frequentes pelo uso de EDV são dificuldades visuais, fadiga ocular, olhos vermelhos e dores de cabeça, derivados a iluminação inadequada ou má qualidade ou deficiências no próprio ecrã. Em grandes escritórios ao computador somam-se vários outros equipamentos, ocorrendo que o nível de ruído gerado pela combinação de fotocopiadoras, impressoras, telefones e sistema de ventilação é muitas vezes maior que os 45 a 55 dB(A) recomendados, o que pode interferir com a concentração e elevar os níveis de incómodo e stresse, problemas muitas vezes

³⁹ 99. *Office and Retail Trades.*

⁴⁰ No inglês: *sick building syndrome.*

associados com doenças cardíacas. Por fim, um outro grupo de fatores de risco diz respeito à violência no local de trabalho, verbal ou física, a qual pode ser proveniente de colegas ou, mais frequentemente, de clientes que se deslocam às instalações da empresa. Este aspeto é particularmente pertinente no que se refere, por exemplo, ao sector financeiro e outros serviços administrativos onde se manuseie dinheiro em espécie (Howard, Levenstein e Rosenberg, 2011; Hord, 2011).

Igualmente o NIOSH dos Estados Unidos (2012) identifica como requisitos para a manutenção de um ambiente de escritório saudável a atenção para os equipamentos e a conceção do posto de trabalho, o ambiente físico (temperatura, humidade, iluminação, ruído, ventilação e espaço), a conceção da tarefa, os fatores psicológicos (interações pessoais, ritmo de trabalho, controlo do trabalho) e, por vezes, os riscos químicos ou outras exposições ambientais. Postos de trabalho em escritório bem desenhados devem permitir trabalhar confortavelmente, evitando períodos de trabalho demasiado longos em pé ou sentado, ou posturas forçadas/inadequadas. Às vezes mostra-se necessário alterar equipamentos ou mobiliário, outras vezes é preciso redesenhar a tarefa. Por exemplo, estudos têm demonstrado que o trabalho com computadores provoca menos desconforto se existirem curtos intervalos de hora a hora. Aspetos relacionados com a tarefa (e.g., velocidade ou repetição, duração, controlo do trabalho, etc.), aspetos ambientais (fontes biológicas ou químicas), ou aspetos relacionados com o desenho do posto de trabalho (como mobiliário ou equipamento não ajustável), são perigos para lesão ou doença a ter em conta. Stresse no trabalho, que resulta quando as exigências do trabalho não correspondem às capacidades e recursos do trabalhador, também pode resultar em doença.

Da mesma forma, outros organismos governamentais que atuam na área da SST, tal como o FIOSH (alemão) e o Comcare (australiano), apontam como grandes grupos de fatores de risco presentes em trabalho de escritório (FIOSH, 2004; Comcare, 2008): fatores ergonómicos, como a conceção do espaço e dos postos de trabalho e a utilização do computador e outros equipamentos; fatores psicossociais, como a organização e o conteúdo do trabalho, o stresse, o assédio, a violência e a fadiga; fatores do ambiente de trabalho, como iluminação, ruído, conforto térmico e qualidade do ar interior. Cada um destes grupos de fatores é, naturalmente, aprofundado. Voltaremos a alguns desses tópicos no capítulo 3.

Ainda num outro documento (Cruz, 2011), onde é efetuada a aplicação de uma matriz para identificação de perigos dominantes (Cabeças e Paiva, 2010) a uma empresa inserida no sector dos serviços administrativos, são igualmente identificados estes três grandes grupos de fatores de risco: no ambiente de trabalho, psicossociais e ergonómicos.

Também num anterior documento (Mota, 2006) foram identificados alguns agregados de fatores de risco dominantes em trabalho administrativo realizado no sector financeiro, isto a partir do conceito de 'componentes materiais do trabalho' estabelecido na legislação (atualmente na Lei 102/2009), i.e., o local de trabalho, o ambiente de trabalho, as ferramentas,

máquinas, equipamentos e materiais, e os processos de trabalho – não foram classificados como agregado autónomo, e.g., as substâncias e agentes químicos, físicos e biológicos, dado que, não sendo fator de produção em trabalho administrativo, quando existentes foram considerados elemento integrante de outras componentes materiais do trabalho administrativo, e.g., a presença de micro-organismos nos sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado, embora tratando-se de perigo biológico, aparece integrada no agregado de fatores de risco no local e ambiente de trabalho.

A título exemplificativo apresentamos aqui algumas tabelas (adaptadas) relativas aos fatores de risco com dano potencial ao nível da DRT ou do MEO, nos agregados 'local e ambiente de trabalho', 'equipamentos e materiais' e 'organização do trabalho' (tabelas 2.2 a 2.4). Estes grupos de fatores de risco, embora nomeados de forma distinta, correspondem genericamente aos grandes grupos de fatores de risco dominantes identificados na literatura anteriormente consultada.

Tabela 2.2 – Fatores de risco para DRT/MEO no local e ambiente de trabalho

FATOR DE RISCO	OCORRÊNCIA	DANO POTENCIAL
AVAC não conforme e/ou com deficiente manutenção -Má climatização -Presença micro-organismos	Inalação de ar contaminado Exposição a temperaturas desadequadas Inalação de ar com níveis de humidade inadequados Síndrome do edifício doente	Doenças respiratórias e do foro alérgico Constipações, resfriados, desidratação, desconforto Problemas oculares Alergias das mucosas e na pele
Iluminação deficiente -Iluminância insuficiente -Reflexos prejudiciais	Esforço na visão e concentração Posturas incorretas	Problemas oculares, dores de cabeça Lesões músculo-esqueléticas por posturas derivadas ao esforço de leitura/visualização
Equipamentos informáticos ruidosos e mal localizados AVAC ruidosos e mal localizados	Ruído incomodativo <i>Distress</i>	Dores de cabeça Ansiedade Desconforto
Espaços confinados Áreas individuais de trabalho insuficientes	Posturas incorretas <i>Distress</i>	Lesões músculo-esqueléticas Ansiedade, esgotamento e doenças psicológicas Desconforto

(Adaptado de Mota, 2006)

Tabela 2.3 – Fatores de risco para DRT/MEO nos equipamentos e materiais

FATOR DE RISCO	OCORRÊNCIA	DANO POTENCIAL
Trabalho com computadores em geral	Trabalho monótono Ritmo sistematicamente elevado e repetitivo Pausas insuficientes <i>Distress</i>	Ansiedade Esgotamento Doenças cardiovasculares Doenças do foro psicológico Danos emergentes ainda não claramente definidos
Trabalho com ecrãs de visualização -Radiações -Perigos emergentes ainda não claramente definidos	Esforços de leitura Exposição em frente ao ecrã Pausas insuficientes Posturas incorretas	Problemas oculares Dores de cabeça Esgotamento Doenças psicológicas Lesões músculo-esqueléticas Danos emergentes ainda não claramente definidos
Uso teclados e ratos	Trabalho repetitivo Posturas incorretas Movimentos enérgicos ou rápidos	Lesões músculo-esqueléticas, e.g. dores no pescoço e ombros, lombalgias e tendinites
Uso fotocopiadoras -Ausência de ventilação adequada sobre o local -Radiações	Inalação de ar contaminado Exposição junto das máquinas	Irritação respiratória e/ou ocular e/ou dérmica Danos emergentes ainda não claramente definidos
Manuseamento incorreto do <i>toner</i> de impressão	Ingestão Absorção através dos olhos e/ou da pele Inalação	Irritação respiratória e/ou ocular e/ou dérmica Envenenamento Outros danos ainda não claramente definidos

(Adaptado de Mota, 2006)

Tabela 2.4 – Fatores de risco para DRT/MEO na organização do trabalho

FATOR DE RISCO	OCORRÊNCIA	DANO POTENCIAL
Mecanismos de dissuasão contra violência insuficientes	Violência física Intimidação <i>Distress</i>	Ansiedade, tensão mental/emocional
Métodos e atitudes de gestão inadequados Processos inadequados Horas extraordinárias Horários atípicos Ritmos de trabalho Estrutura da produção Trabalho em equipa Cultura e clima social interno degradado Ineficácia dos canais de comunicação Falta de participação dos trabalhadores	Agressão psicológica Assédio moral e discriminação Assédio sexual <i>Distress</i> Prazos curtos de execução Pausas insuficientes Ritmos sistematicamente elevados Conflitos entre membros da equipa e outras disfunções Conflitos vários	Ansiedade, tensão mental/emocional Esgotamento grave (<i>burnout</i>) Doenças cardiovasculares Acidentes vasculares-cerebrais Doenças do foro psicológico/psiquiátrico Abuso de álcool, medicamentos não prescritos e outras drogas Desmotivação, insatisfação, isolamento Desconforto, mal-estar generalizado Baixa produtividade Elevado absentismo sem declaração de doença
Inexistência e/ou deficiências do sistema de gestão da SST	Deficiente identificação, análise, avaliação, prevenção e controlo de riscos profissionais	Todos os danos decorrentes da ocorrência de acidentes e/ou de doenças relacionadas com o trabalho

(Adaptado de Mota, 2006)

3. METODOLOGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO E DANOS PARA A SAÚDE

3.1. Objetivos e conceitos

Neste capítulo pretende-se descrever uma proposta de metodologia para identificação de fatores de risco com potencial para DRT e MEO em trabalho administrativo em ambiente de escritório ou similar.

Este instrumento quer-se uma ferramenta prática complementar a outros instrumentos de que a organização deverá dispor (lembramos que partimos do pressuposto, conforme enunciado no ponto 1.3, de que estamos perante entidades com um sistema adequado de gestão da SST cumpridoras das suas obrigações legais nesta matéria). Assim a metodologia proposta não deve ser encarada como um instrumento avulso, mas antes como uma fonte adicional de informação para análise que deve ser integrada com as auditorias presenciais de identificação de perigos e avaliação de riscos, feitas pelos serviços de segurança do trabalho (ou de SHT), com a informação agregada (não individualizada) sobre a saúde dos trabalhadores, proveniente dos exames de vigilância da saúde realizadas pelos serviços de saúde do trabalho, bem como com outros instrumentos de gestão da SST de que a organização disponha.

Igualmente pretende-se que este instrumento possa ter alguma comparabilidade com outros instrumentos conhecidos no espaço da UE, ainda que não fique condicionado pelos mesmos. Referimo-nos aos *Labour Force Survey* do Eurostat e *HSE* e ao *European Working Conditions Surveys* da Eurofound (Eurofound, 2011). Ainda, tendo em atenção a obrigação legal preconizada no n.º 1 do art.º 18.º da Lei 102/2009, a metodologia proposta deverá poder funcionar como instrumento de consulta direta aos trabalhadores.

Tendo em atenção os aspetos referidos, propõe-se a construção de um questionário centrado no indivíduo, para identificação de perigos (fatores de risco) reportados pelos trabalhadores. O facto de se tratar de um instrumento de autodeclaração não deve ser encarado como uma dificuldade. Com efeito, existem vários exemplos de instrumentos desse tipo bem-sucedidos, alguns já aqui referidos (e.g., o *LFS* do Eurostat e do *HSE* e o *EWCS* do Eurofound). A própria literatura consultada aponta para o fato de existir um nível de análise dirigida a qualquer indivíduo da organização. Por exemplo, Alli (2008) refere que «...todas as pessoas relacionadas com o local de trabalho, desde o trabalhador mais jovem até ao nível do empregador, devem participar ativamente na vigilância das condições de trabalho; [...] vigilância básica é realizada pela simples observação, e cada trabalhador, desde o nível mais baixo até à direção de topo, devem ser treinados para identificar os fatores (potenciais ou reais)

que podem afetar a saúde...». Por outro lado, sabemos que instrumentos via autodeclaração dos trabalhadores identificam grandezas de classes de risco semelhantes às obtidas a partir de instrumentos via diagnóstico por especialistas (e.g., o *LFS* e o *THOR* do *HSE*, referidos no capítulo 1).

Conforme definições já estabelecidas no capítulo 2, cada vez é mais consensual que a abordagem à SST deve ser multidisciplinar, ou mesmo interdisciplinar. Assim, tal como acontece na medicina com o clínico geral, também ao técnico de segurança do trabalho (ou SHT) compete ser um generalista e integrador dos vários domínios da SST, encaminhando para profissionais das especialidades o aprofundamento perante a identificação de áreas problemáticas em concreto, i.e., médico do trabalho, ergonomista, psicólogo, engenheiro, etc., conforme as situações. E é também nessa perspetiva que é feita a abordagem à construção desta metodologia: o instrumento proposto pretende identificar genericamente fatores de risco dominantes, ou mais vezes referenciados, no pressuposto de que poderá ser (e normalmente é) necessária a intervenção posterior de especialistas para análise e aprofundamento dos riscos identificados.

Por fim decidimos aplicar este questionário ao sector bancário, sector 'K – Atividades financeiras e de seguros', subsector '64 – Atividades de serviços financeiros, exceto seguros e fundos de pensões', sector onde, conforme visto no capítulo 1, predomina trabalho do tipo administrativo. Por essa razão alguma questão que o justifique pode ser personalizada à realidade do sector em concreto.

Antes de avançarmos, iremos ainda enunciar os principais conceitos utilizados pois, embora no ponto 2.2 tenhamos procurado a sua definição a partir da literatura existente, mostra-se necessário apontar qual a definição aqui seguida tendo em atenção as variações existentes em razão da fonte consultada. As definições apontadas são adaptações do autor, tendo por base as fontes consultadas já citadas (OMS, 1946, 1995, 2001, 2010a e N.d.; OIT, 1996, 1998a, 2001, 2005, 2010, 2011; NIOSH, 1988; AIHA, N.d.; Lei 98/2009 e Lei 102/2009; NP 4397:2008; Cooper et al., 2008; AESST, 2005 e 2007; Lesage, 2011; Briner, 2000; CIPD, 2007; Danna e Griffin, 1999; Robert Wood Johnson Foundation, 2008; Cox, Griffiths e Rial-González, 2000).

Saúde (em sentido lato): estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou debilidade; sendo um estado ideal, deve, na prática, corresponder, a montante, a processos de prevenção com vista a eliminar ou mitigar o mais na origem possível os fatores de risco, e a jusante, a processos que visem incrementar a melhoria do bem-estar do indivíduo.

Doença relacionada com o trabalho: doença causada ou agravada pelo trabalho que não seja possível classificar como DP; que tenha múltiplas causas ou cuja relação com o trabalho não seja possível reconduzir a DP pelos critérios legais; pode ser diagnosticada por clínico ou apenas declarada pelo trabalhador; não pode ser consequência de AT ou de DP, senão deve

ser reconduzida a uma dessas categorias (existirão DRT que, em bom rigor, deveriam ser reclassificadas como DP, ou como dano decorrente de AT, embora, infelizmente, a complexidade dos processos legais acabe, na prática, por impedir essa classificação).

Mal-estar ocupacional: incomodidade, desconforto ou insatisfação, evidenciada por sintomas e/ou sinais psicológicos, psicossomáticos ou fisiológicos, ligeiros ou moderados, relacionados com o trabalho, não considerados doença por critérios de avaliação clínica, com potencial para diminuir o bem-estar do indivíduo; não pode derivar de DRT, nem de DP, nem de AT, senão deve ser reconduzido a uma dessas categorias; também não pode ser resultado de doença ou lesão adquirida fora do contexto laboral, exceto se fatores de MEO contribuírem para agravar a doença ou lesão.

Segurança do trabalho: refere-se à dimensão da SST, enquanto atividade de promoção da saúde ocupacional, principalmente orientada para a prevenção do acidente de trabalho.

Saúde do trabalho: refere-se à dimensão da SST, enquanto atividade de promoção da saúde ocupacional, principalmente orientada para a prevenção da doença profissional e da doença relacionada com o trabalho.

Perigo (ou fator de risco): refere-se à propriedade intrínseca de qualquer fonte ou procedência relacionada com o trabalho, designadamente, agente físico, químico ou biológico, radiação, materiais, objeto, equipamento, ferramenta ou máquina, instalação, local e ambiente, circunstância ou situação, atividade, tarefa ou processo, organização do trabalho, relação interpessoal, ação ou omissão, entre outros elementos, com potencial de dano para a saúde do trabalhador.

Ocorrência: forma de interação entre o perigo e o homem; acontecimento indesejável, que corresponde à exposição do trabalhador a um fator de risco.

Dano: consequência para a saúde do trabalhador, em termos de lesão, doença ou diminuição do bem-estar (no nosso âmbito limitado a DRT e MEO).

Avaliação de risco: estimativa quantitativa e qualitativa do risco; pressupõe a hierarquização dos riscos, com vista à eliminação dos perigos ou, não sendo possível, à mitigação do risco, prioritariamente, através de medidas coletivas.

Gestão do risco: implica um processo contínuo e sistemático de identificação de perigos, avaliação dos riscos, implementação de medidas controlo (eliminação e mitigação) e reavaliação dos perigos e riscos.

Fatores de risco no ambiente físico de trabalho: nesta classe pretende-se incluir os perigos existentes no espaço físico e nos aspetos ambientais de um local de trabalho, designadamente, o *layout* do espaço, o conforto térmico, a qualidade do ar, a presença de contaminantes químicos ou biológicos, a iluminação e o ruído.

Fatores de risco de natureza músculo-esquelética: nesta classe incluem-se perigos relacionados com as posturas e movimentos realizados pelos trabalhadores, forçados ou não pelas máquinas, equipamentos ou tarefas, designadamente, relacionados com o uso do computador e seus periféricos, com a utilização do conjunto cadeira-secretária-mobiliário, e com a realização de tarefas específicas.

Fatores de risco de natureza psicossocial: fatores de risco presentes na cultura, nos processos e na organização do trabalho de uma instituição; engloba aspetos do trabalho como o desenho das funções e processos, as relações contratuais de trabalho, a interação entre indivíduos, entre outros aspetos.

3.2. Sistematização dos fatores de risco com potencial para DRT e MEO e respetivos danos para a saúde

Neste ponto pretende-se sistematizar os fatores de risco (perigos) dominantes, ou mais vezes referenciados, identificados em trabalho administrativo em ambiente de escritório, e o correspondente potencial para dano em termos de DRT ou MEO.

Assim, a partir das fontes já citadas ao longo deste documento (Cooper et al., 2008; Briner, 2000; Räsänen et al., 1997; Robert Wood Johnson Foundation, 2008; OMS, 1995; Kortum, Leka e Cox, 2010; Cox, Griffiths e Rial-González, 2000; Faragher, Cass e Cooper, 2005; García-Herrero et al., 2012; Faucett, 2005; Leka e Jain, 2010; Howard, Levenstein e Rosenberg, 2011; Hord, 2011; NIOSH, 2012; AESST, 2013; FIOSH, 2004; Comcare, 2008; Cruz, 2011; Mota, 2006), e tomando como ponto de partida uma adaptação da matriz 'identificação de perigos-danos (dominantes) para a saúde' proposta por Cabeças e Paiva (2010), identificámos e detalhámos 3 grandes classes de fatores de risco dominantes em trabalho do tipo administrativo (ver definições no ponto 3.1), 'no ambiente físico de trabalho', 'de natureza músculo-esquelética', e 'de natureza psicossocial', procedendo à identificação dos perigos e, seguidamente, dos danos dominantes presentes nas componentes identificadas no que se refere a DRT e MEO. Esta arrumação, à falta de uma proposta uniforme na literatura, poderia ser efetuada de diversas formas, no entanto parece-nos ser esta a que, em geral, está mais conforme com a maioria das referências consultadas.

De notar que, quanto aos potenciais trabalhadores afetados, existem grupos mais vulneráveis, como sejam: trabalhadores com patologias ou incapacidades especiais; trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes; trabalhadores de idade mais avançada; trabalhadores menores de idade (no nosso âmbito de intervenção não é expectável encontrar trabalhadores menores, no entanto, e a título de exemplo, estagiários de cursos de formação profissional

menores de idade são frequentemente colocados em serviços administrativos, ficando assim expostos a riscos semelhantes aos de um funcionário assalariado). De igual forma, existem ainda outros fatores de predisposição individual que poderão tornar mais vulneráveis trabalhadores não enquadrados nos grupos referidos. Dado que se trata de fatores de predisposição individual, cujo detalhe de análise pode merecer, por si só, uma abordagem autónoma que excede este âmbito, não os incluímos nas grandes classes de fatores de risco identificadas, embora em contexto de avaliação real de riscos estes fatores não possam ser, obviamente, ignorados. Lembramos ainda que fatores de risco fora do controlo organizacional foram excluídos do âmbito deste estudo (e.g., tabagismo, hábitos alimentares, sedentarismo, realização de atividades sociais ou de lazer, segundo emprego, entre outros).

Durante o processo de sistematização, várias questões se colocaram. Por exemplo, a distinção entre fonte do risco (perigo), acontecimento indesejável (ocorrência) e dano (consequência para a saúde), nem sempre se mostra clara na literatura e na prática dos profissionais de SST. Exemplo disso é a utilização, em sentido lato, da expressão 'riscos músculo-esqueléticos' que tanto se pode referir ao perigo, como à ocorrência ou mesmo ao dano: se a análise partir do ponto de vista que a fonte do risco está na máquina (enquanto propriedade intrínseca que força o trabalhador a uma postura incorreta), a expressão, em rigor, refere-se às ocorrências de natureza músculo-esquelética; se partir do ponto de vista que a fonte do risco está na própria postura e execução de movimentos pelo trabalhador, então diríamos que se refere ao perigo; mas se o ponto de partida for a natureza do tipo de consequência para a saúde, ou seja, os problemas músculo-esqueléticos sofridos pelo indivíduo, pode estar a referir-se ao dano. Num outro domínio, um mesmo dano, e.g. ansiedade, tanto pode ser provocado por uma cultura organizacional deficiente (fator psicossocial), como por um espaço de trabalho exíguo (fator do ambiente físico); ou problemas músculo-esqueléticos, designadamente ao nível dos ombros e pescoço, podem ser derivados a um posto de trabalho mal desenhado, ou à pressão psicológica durante a realização do trabalho. Como se vê, várias questões e abordagens se nos colocaram ao estruturar as classes de perigos e danos, mas limitações de tempo obrigam a prosseguir com um quadro que consideramos coerente e adequado, embora tendo consciência que estas questões podem justificar outra análise mais exaustiva e sistematizada.

Por outro lado importa também referir que se chegou a equacionar a identificação dos danos potenciais por via da classificação da denominada CID-10. No entanto, a complexidade de utilizar essa classificação, tendo em atenção que o autor não tem formação de base na área da saúde, em confronto com a eventual mais-valia que daí se poderia obter, levou-nos a abandonar a intenção. Eventuais futuros desenvolvimentos desta temática poderão levar a reequacionar a opção.

Apresentamos então as três grandes classes de perigos (tabelas 3.1 a 3.3).

Tabela 3.1 – Fatores de risco no ambiente físico de trabalho com potencial para DRT ou MEO

PERIGO (FATOR DE RISCO)
1. CLIMATIZAÇÃO E QUALIDADE DO AR INTERIOR (QAI) 1.1. Temperatura ambiente 1.2. Temperatura radiante 1.3. Humidade relativa 1.4. Velocidade do ar e caudal de renovação 1.5. Posicionamento e direcionamento AVAC 1.6. Aerossóis sólidos e líquidos (fumos, vapores, odores) 1.7. Gases (e.g. dióxido de carbono, monóxido de carbono, ozono)
2. ILUMINAÇÃO 2.1. Intensidade (iluminância) 2.2. Brilho/reflexão (luminância)
3. RUÍDO, VIBRAÇÕES E RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES 3.1. Ruído incomodativo 3.2. Vibrações incomodativas 3.3. Radiações de equipamentos
4. ESPAÇO DE TRABALHO 4.1. Desenho (<i>layout</i>) do local (e.g. área, privacidade, agradabilidade) 4.2. Espaços de repouso e sociais (e.g. copa/cozinha) 4.3. Lavabos/sanitários (dimensionamento e separação por sexo)
5. AGENTES CONTAMINANTES 5.1. Químicos líquidos (agentes irritantes, e.g. produtos de limpeza) 5.2. Químicos sólidos (e.g. poeiras ou fibras, presentes no ar, nos equipamentos ou nas instalações) 5.3. Biológicos (micro-organismos, e.g. bactérias ou fungos, presentes no ar, nos equipamentos ou nas instalações)

Tabela 3.2 – Fatores de risco de natureza músculo-esquelética com potencial para DRT ou MEO

PERIGO (FATOR DE RISCO)
1. TRABALHO COM COMPUTADORES E EQUIPAMENTOS DOTADOS DE VISOR (EDV) 1.1. Esforços de leitura e concentração 1.2. Movimentos repetitivos (teclado-rato) 1.3. Trabalho sentado por longos períodos 1.4. Posturas inadequadas (utilização do conjunto computador-periféricos-mobiliário)
2. OUTROS PERIGOS DE NATUREZA MÚSCULO-ESQUELÉTICA 2.1. Área de trabalho 2.2. Inexistência de pausas no trabalho (descanso físico) 2.3. Posturas inadequadas (trabalho em pé, outras tarefas ou utilização de outras máquinas/equipamentos) 2.4. Movimentação manual de cargas

Tabela 3.3 – Fatores de risco de natureza psicossocial com potencial para DRT ou MEO

PERIGO (FATOR DE RISCO)
1. CONTEÚDO DO TRABALHO 1.1. Trabalho desinteressante/monótono 1.2. Ausência ou fraca perceção de sentido no trabalho 1.3. Subutilização das capacidades 1.4. Exigências acima das capacidades 1.5. Alta responsabilidade/exigência com baixa autonomia/controlo 1.6. Fraca/ausência de participação na tomada de decisão 1.7. Funções/tarefas de especial responsabilidade (cuja execução tem especiais consequências para a organização ou outras partes)
2. REALIZAÇÃO DO TRABALHO – CARGA E RITMO 2.1. Ritmos sistematicamente elevados 2.2. Prazos de execução curtos/irrealistas 2.3. Exigências irreais de produtividade 2.4. Pausas insuficientes (descanso mental) 2.5. Exposição a terceiros (e.g. atendimento ao público)
3. HORÁRIO DE TRABALHO 3.1. Horas de trabalho diário excessivas 3.2. Trabalho suplementar não planeado 3.3. Trabalho por turnos 3.4. Trabalho noturno 3.5. Horários atípicos/incertos 3.6. Tempo de deslocação entre residência e local de trabalho
4. CULTURA E FUNCIONAMENTO ORGANIZACIONAIS 4.1. Fraca comunicação institucional (hierárquica e interpares) 4.2. Objetivos organizacionais pouco ou mal definidos 4.3. Fraco suporte institucional na realização do trabalho e no desenvolvimento profissional 4.4. Critérios de avaliação e recompensa desconhecidos ou pouco claros/transparentes 4.5. Injustiça ou falta de equidade (e.g. avaliação do desempenho, <i>feedback</i> , evolução na carreira) 4.6. Fraca participação dos trabalhadores na definição das políticas e funcionamento organizacionais

(continua na página seguinte)

Tabela 3.3 (continuação) – Fatores de risco de natureza psicossocial [...]

PERIGO (FATOR DE RISCO)	
5. FUNÇÃO NA ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	
5.1. Frequentes mudanças na organização ou alterações nas tarefas/funções	
5.2. Ausência de perspectiva de desenvolvimento/evolução na carreira	
5.3. Discrepância entre função/categoria profissional e responsabilidades atribuídas (responsabilidades abaixo ou acima da função/categoria)	
5.4. Elevado esforço com baixa recompensa (por impossibilidade organizacional e não por erro de julgamento)	
6. RELAÇÕES CONTRATUAIS	
6.1. Trabalho a termo	
6.2. Trabalho subcontratado	
6.3. Prestação de serviço independente	
6.4. Contratos de estágio	
6.5. Insegurança na manutenção do emprego	
6.6. Remuneração abaixo das necessidades familiares/sociais	
7. RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS	
7.1. Relacionamento chefias-subordinados	
7.2. Relacionamento entre pares	
7.3. Relacionamento com terceiros (e.g. clientes, fornecedores)	
7.4. Competição exacerbada entre colegas	
7.5. Fraco suporte social por parte dos colegas	
7.6. Conciliação/equilíbrio entre o trabalho e vida social/familiar	
8. VIOLÊNCIA	
8.1. Agressão física ou verbal	
8.2. Intimidação/coação psicológica (<i>bullying</i>)	
8.3. Assédio moral (<i>mobbing</i>)	
8.4. Assédio sexual	
8.5. Violação da propriedade privada (e.g. cacifos, <i>email</i>)	
8.6. Discriminação (qualquer razão)	

Não nos parece caber no âmbito do presente estudo estabelecer os critérios em que determinados sintomas deixem de ser um incómodo para se tornarem uma doença, pelo que iremos apenas listar sinais e sintomas que nas fontes referidas são habitualmente relacionados com o trabalho, deixando essa classificação em DRT ou MEO na alçada da avaliação dos profissionais de saúde.

Tabela 3.4 – Potenciais danos para DRT e MEO derivados à exposição aos fatores de risco ocupacionais em trabalho administrativo

De natureza predominantemente física/fisiológica
<p>Constipações (resfriados)</p> <p>Infeções respiratórias (vias aéreas superiores ou inferiores)</p> <p>Asma ou outros sintomas/problemas respiratórios</p> <p>Secura, irritação ou alergias ao nível dos olhos/nariz/garganta</p> <p>Alergias ou outros sintomas/problemas ao nível da pele</p> <p>Dores músculo-esqueléticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ao nível da mão/pulso/antebraço/braço - ao nível dos ombros/pescoço - ao nível das costas (região dorso-lombar) - ao nível das coxas/pernas/pés <p>Outros sintomas/problemas músculo-esqueléticos</p> <p>Diminuição da acuidade ou da acomodação visual</p> <p>Cansaço ocular ou dores nos olhos</p> <p>Dores de cabeça ou tonturas</p> <p>Sintomas/problemas cardiovasculares</p> <p>Sintomas/problemas gastrointestinais</p> <p>Sintomas/problemas nas vias urinárias ou órgãos reprodutores</p> <p>Diabetes ou outros problemas metabólicos</p> <p>Distúrbios hormonais</p> <p>Tensão arterial alta (hipertensão) ou outros problemas de circulação</p> <p>Sistema imunitário debilitado ou má saúde geral</p> <p>Fadiga temporária ou ligeira</p> <p>Peso excessivo (obesidade)</p> <p>Outros distúrbios alimentares</p> <p>Outros sintomas/problemas físicos/fisiológicos</p>
De natureza predominantemente psíquica/mental
<p>Desgaste mental (derivado ao stresse)</p> <p>Dificuldades de concentração</p> <p>Fadiga crónica</p> <p>Esgotamento grave (<i>burnout</i>)</p> <p>Distúrbios no sono</p> <p>Distúrbios sexuais</p> <p>Aumento dos consumos de tabaco, álcool, cafeína ou medicamentos</p> <p>Consumo de outras substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas)</p> <p>Mal-estar, insatisfação ou redução da qualidade de vida em geral</p> <p>Irritabilidade ou agressividade</p> <p>Distúrbios nas relações sociais/familiares</p> <p>Ansiedade</p> <p>Depressão ou diminuição de autoestima</p> <p>Pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio</p> <p>Outros sinais e sintomas do foro psíquico/mental</p>

3.3. Desenvolvimento do questionário de consulta

A construção do questionário deve permitir a obtenção de informação relevante e adequada. No entanto a sua complexidade e a sua dimensão não podem constituir fator que dificulte a adesão dos trabalhadores ao seu preenchimento. Assim, mostra-se necessário encontrar um ponto de equilíbrio entre essas vertentes, construindo um documento acessível e não demasiado longo, embora sem perder de vista a necessidade de obtenção da informação que seja pertinente. Pela razão apresentada foi necessário prescindir de algumas questões, cuja informação fosse menos relevante ou possível de obter por outros meios, bem como foi necessário agregar questões num único item.

O objetivo do inquérito, conforme estabelecido no capítulo 1, é identificar fatores de risco (perigos) dominantes ou mais vezes referidos em trabalho administrativo em ambiente de escritório, bem como potenciais danos para a saúde em termos de DRT e MEO. No entanto, conforme também referido anteriormente, pretende-se a sua aplicação, em concreto, no sector bancário, pelo que iremos efetuar alguma personalização a essa realidade específica nas questões em que se justifique.

Procurar-se-á, ainda, fazer alguma hierarquização da importância dos fatores identificados, a qual será realizada pela percentagem de identificação dos perigos ou dos danos na amostra e, sempre que a questão o propicie, pela média da valoração que cada indivíduo atribua a determinado fator de risco.

Por fim, procuraremos estabelecer algumas relações simples entre ‘perigos’ e ‘danos’. Correlações estão, à partida, excluídas do nosso âmbito, dado que impunham a construção do questionário a partir de metodologias de inquérito mais robustas.

Após várias versões preliminares do questionário, foi disponibilizada uma primeira versão de teste a um grupo restrito de 20 pessoas, grupo heterogéneo composto por elementos ligados à SST e outros elementos sem ligação a esta área. Recolhidas diversas sugestões e comentários, foi uma segunda versão de teste disponibilizada, tendo ainda surgido uma ou outra proposta de afinação. Deste processo resultou a versão final do questionário aqui proposta.

Passamos então a apresentar o questionário elaborado na sua versão final.

[Título do questionário]

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO E DANOS PARA A SAÚDE EM TRABALHO ADMINISTRATIVO

[Enquadramento e instruções prévias de preenchimento]

Por favor leia atentamente estas instruções, antes de passar ao preenchimento do questionário.

Os dados recolhidos são inteiramente anónimos.

O presente estudo, realizado no contexto de um trabalho de investigação em segurança e higiene do trabalho ligado à Universidade Nova de Lisboa, pretende identificar fatores de risco presentes nas condições de trabalho do tipo administrativo e saber quais os seus efeitos sobre a saúde. Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria das condições de trabalho.

Em cada questão analise previamente todas as opções de resposta existentes. Note que não existem respostas certas, apenas se pretende um retrato o mais fiel possível da realidade. Em caso de dúvida responda na opção que lhe pareça mais aproximada à sua realidade.

Estimamos que o preenchimento do questionário tenha a duração de cerca de 15 minutos.

Exceto onde seja indicado o contrário, todas as questões têm uma e apenas uma resposta possível.

Grupo I: Este grupo de questões pretende caracterizar estatisticamente a população dos inquiridos.

[1] Escalão etário – indique o intervalo que corresponde ao seu ano de nascimento:

- Até 1951 inclusive [61 ou + anos]
- De 1952 a 1961 [51 a 60 anos]
- De 1962 a 1971 [41 a 50 anos]
- De 1972 a 1981 [31 a 40 anos]
- Em 1982 ou depois [até 30 anos]

[2] Indique o seu sexo:

- Feminino
- Masculino

[3] Indique as suas habilitações literárias atuais:

Indique a opção onde se enquadra a habilitação mais elevada que possui.

- Ensino básico ou secundário (até 12.º ano inclusive)
- Bacharelato ou licenciatura
- Pós-graduação, mestrado ou grau superior

[4] Antiguidade – indique o ano de admissão na instituição:

Independentemente do vínculo contratual na altura ou da antiguidade no sector.

- Até 1981 inclusive [31 ou + anos]
- De 1982 a 1991 [21 a 30 anos]
- De 1992 a 2001 [11 a 20 anos]
- De 2002 a 2006 [6 a 10 anos]
- Em 2007 ou depois [até 5 anos]

[5] Tipo de unidade orgânica em que trabalhou durante mais tempo nos últimos 12 meses:

- Balcão, agência ou equivalente com atendimento direto ao público
- Direção, departamento ou equivalente na área comercial (exceto balcão)
- Direção, departamento ou equivalente em serviços centrais (exceto área comercial)

[6] Zona geográfica em que trabalhou durante mais tempo nos últimos 12 meses:

- Distritos de Viana do Castelo, Braga, Porto, Vila Real e Bragança [Norte]
- Distritos de Aveiro, Viseu, Guarda, Leiria, Coimbra e Castelo Branco [Centro]
- Distritos de Lisboa, Setúbal e Santarém [Vale do Tejo]
- Distritos de Portalegre, Évora, Beja e Faro [Sul]
- Regiões autónomas dos Açores e da Madeira [Ilhas]

[7] Indique as funções que exerceu durante mais tempo nos últimos 12 meses:

Funções efetivamente exercidas, independentemente da categoria formal atribuída.

- Funções de direção (responsáveis de direção, departamento ou estrutura equivalente de 1.ª ou 2.ª linha)
- Funções de chefia direta (responsáveis de balcão, serviço, núcleo ou estrutura equivalente)
- Funções técnicas (sem funções de chefia)
- Gestor de cliente, promotor comercial ou equivalente
- Funções de caixa ou funções administrativas sem funções técnicas
- Nenhuma das anteriores

Grupo II: Este grupo de questões pretende caraterizar algumas variáveis do contexto em que o trabalho é exercido.

[8] Indique quanto tempo, aproximadamente e em média, trabalhou habitualmente por dia nos últimos 12 meses dentro das instalações da instituição:

Não considerar o tempo gasto no período de refeição.

- Até 6 horas
- 7-8 horas
- 9-10 horas
- 11-12 horas
- 13 horas ou mais

[9] Indique quanto tempo, aproximadamente e em média, trabalhou habitualmente por dia nos últimos 12 meses fora das instalações da instituição:

Tempo despendido na sua residência ou em outro local a realizar tarefas das suas funções profissionais.

- Não trabalhei fora das instalações da instituição
- Até 1 hora inclusive
- Superior a 1 hora e até 2 horas inclusive
- Superior a 2 horas e até 3 horas inclusive
- Superior a 3 horas

[10] Indique quanto tempo, aproximadamente e em média, gastou diariamente nas deslocações (ida e volta) entre residência e local de trabalho nos últimos 12 meses:

As opções correspondem ao somatório dos percursos de ida e volta.

- Até 1 hora inclusive
- Superior a 1 hora e até 2 horas inclusive
- Superior a 2 horas e até 3 horas inclusive
- Superior a 3 horas

[11] Indique quantos dias por mês, aproximadamente e em média, trabalhou em feriados, sábados ou domingos nos últimos 12 meses:

- Não trabalhei em feriados, sábados ou domingos
- 1 ou 2 dias por mês
- 3 ou 4 dias por mês
- 5 ou mais dias por mês

[12] Durante a semana de trabalho, caracterize o contexto familiar em que habitualmente residiu nos últimos 12 meses:

- Residi habitualmente com família (qualquer tipo de vínculo)
- Residi sozinho(a) durante a semana e ao fim-de-semana com família
- Residi habitualmente sozinho(a)
- Outra situação não identificada antes

Grupo III: Este grupo de questões pretende identificar fatores de risco no ambiente físico do local de trabalho.

[13] Como caracteriza habitualmente a atmosfera ambiente do seu local de trabalho quanto à temperatura?

Em cada linha selecionar uma opção.

	Fria	Agradável	Quente	Muito irregular
Durante o verão e outros períodos de tempo quente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante o inverno e outros períodos de tempo frio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[14] Como caracteriza habitualmente a atmosfera ambiente do seu local de trabalho quanto à humidade?

Em cada linha selecionar uma opção.

	Húmida	Ajustada	Seca	Muito irregular
Durante o verão e outros períodos de tempo quente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante o inverno e outros períodos de tempo frio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[15] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a correntes de ar incomodativas?

Por exemplo, causadas por excesso de ventilação, ou por mau posicionamento do ar condicionado ou do posto de trabalho.

- Não, nunca
- Sim, algumas vezes
- Sim, a maioria das vezes

[16] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a algum destes fatores?

Em cada linha selecionar uma opção.

	Não, nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes
Fumos, vapores, odores ou gases (de qualquer origem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poeiras ou fibras presentes no ar ambiente, equipamentos ou instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agentes irritantes para a pele, olhos, nariz ou garganta (exemplo, produtos de limpeza agressivos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[17] Como caracteriza a iluminação no seu local de trabalho?

- Normalmente, a iluminação é excessiva
- Normalmente, parece-me ajustada
- Normalmente, a iluminação é insuficiente
- É irregular, várias ou todas as situações anteriores ocorrem

[18] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a alguma destas situações?

Em cada linha selecionar uma opção.

	Não, nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes
Ruído incomodativo (proveniente das pessoas, de equipamentos ou do exterior)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vibrações incomodativas (provenientes de equipamentos ou outras fontes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[19] Como caracteriza, em geral, o seu local de trabalho no que se refere ao desenho (*layout*) das instalações?

Considere aspetos como: agradabilidade do local, espaço das instalações, disposição do mobiliário e dos postos de trabalho, entre outros.

- Muito desagradável
- Desagradável
- Agradável
- Muito agradável

[20] Como caracteriza, em geral, a limpeza no seu local de trabalho?

- Muito má
- Má
- Boa
- Muito boa

Grupo IV: Este grupo de questões pretende identificar fatores de risco de natureza músculo-esquelética no contexto de trabalho.

[21] Como caracteriza o seu posto físico de trabalho (computador-mobiliário-equipamentos) quanto à funcionalidade e posicionamento dos seus componentes?

Considere aspetos como: disposição do ecrã-teclado-rato-periféricos, funcionalidade dos equipamentos-mobiliário, possibilidade de fazer ajustamentos, entre outros.

- Bastante inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Bastante adequado

[22] Como caracteriza o seu posto físico de trabalho (computador-mobiliário-equipamentos) quanto à área/dimensão existente?

Considere aspetos como: espaço disponível para executar as tarefas, facilidade para se mexer livremente, facilidade em se sentar/posicionar corretamente, entre outros.

- Bastante inadequada
- Inadequada
- Adequada
- Bastante adequada

[23] Tem habitualmente necessidade de trabalhar sentado por longos períodos?

- Sim, sempre ou quase sempre
- Sim, a maioria do tempo
- Nunca ou apenas esporadicamente

[24] Durante o tempo de trabalho sentado, entende que habitualmente a sua postura/posição de trabalho é:

- Bastante incorreta
- Incorreta
- Correta
- Bastante correta

[25] Durante o trabalho tem habitualmente necessidade de fazer esforços de leitura e concentração?

Quer por consulta de documentos em papel, quer por utilização do ecrã do computador.

- Não, nunca
- Sim, algumas vezes
- Sim, a maioria das vezes

[26] Durante o trabalho tem habitualmente necessidade de realizar movimentos repetitivos?

Por exemplo, por uso do rato, do teclado, do recirculador ou outros equipamentos periféricos.

- Não, nunca
- Sim, algumas vezes
- Sim, a maioria das vezes

[27] Tem habitualmente necessidade de efetuar movimentação manual de cargas pesadas?

Por exemplo, para deslocar caixas de arquivo ou sacos de moedas.

- Não, nunca
- Sim, algumas vezes
- Sim, a maioria das vezes

[28] Realiza habitualmente pausas/intervalos durante o seu dia de trabalho?

- Nunca ou apenas 1 pausa durante o dia (por exemplo, para a refeição)
- 2 ou 3 pausas por dia (por exemplo, para a refeição e a meio da manhã e da tarde)
- 4 ou mais pausas por dia (por exemplo, pequenas pausas em períodos mais curtos)

Grupo V: Este grupo de questões pretende identificar fatores de risco de natureza psicossocial no contexto de trabalho.

[29] Como se sente, habitualmente e em geral, com o seu trabalho?

O trabalho que realiza, tendo em conta as funções que efetivamente exerce.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

[30] Relativamente ao conteúdo e à realização do trabalho, selecione das seguintes afirmações todas as que entende serem verdadeiras:

Pode não selecionar nenhuma até selecionar todas as opções.

- O trabalho é habitualmente desinteressante ou monótono
- Muitas vezes não entendo o sentido do trabalho que realizo
- As minhas aptidões/qualificações não estão a ser totalmente utilizadas
- Tenho responsabilidades elevadas mas com pouca autonomia/controlo sobre o trabalho
- Tenho pouca ou nenhuma participação na tomada de decisões
- As minhas funções/tarefas são de especial responsabilidade, com especiais consequências para a organização ou outras partes
- As exigências do trabalho estão acima da capacidade de resposta
- Os ritmos de trabalho são sistematicamente elevados
- Os prazos de execução são habitualmente curtos/irrealistas
- São feitas exigências irreais de produtividade

[31] Relativamente ao funcionamento organizacional e à realização profissional, selecione das seguintes afirmações todas as que entende serem verdadeiras:

Pode não selecionar nenhuma até selecionar todas as opções.

- Existe uma fraca comunicação institucional (hierárquica ou interpares)
- Os objetivos organizacionais são pouco ou mal definidos
- Existe um fraco suporte institucional (na realização do trabalho ou no desenvolvimento profissional)
- Os critérios de avaliação e recompensa são desconhecidos ou pouco claros/transparentes
- Existe injustiça ou falta de equidade de tratamento (por exemplo, na avaliação do desempenho, no *feedback* dado, ou na evolução na carreira)
- Existe uma fraca participação dos trabalhadores na definição das políticas e funcionamento organizacionais
- São frequentes as mudanças na organização ou nas tarefas/funções atribuídas
- Existem poucas perspetivas de desenvolvimento/evolução na carreira
- Há discrepâncias entre a função/categoria profissional e as responsabilidades atribuídas (responsabilidades abaixo ou acima da função/categoria)
- É pedido um elevado esforço mas a recompensa é baixa (por impossibilidade organizacional e não por erro de julgamento)
- Existe uma forte insegurança quanto à manutenção do emprego
- Os meus rendimentos são insuficientes para fazer face às necessidades

[32] Como caracteriza, no geral, a sua relação de trabalho com a(s) sua(s) chefia(s) direta(s)?

- Muito má
- Má
- Boa
- Muito boa

[33] Como caracteriza, no geral, a sua relação de trabalho com os colegas seus pares ou da equipa de trabalho?

- Muito má
- Má
- Boa
- Muito boa

[34] Como caracteriza a conciliação/equilíbrio entre o seu trabalho e a sua vida social/familiar?

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

[35] Das seguintes situações selecione todas as que entende já ter sido vítima:

Pode não selecionar nenhuma até selecionar todas as opções.

- Agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)
- Intimidação/coação psicológica (*bullying*) ou assédio moral (*mobbing*)
- Assédio sexual
- Violação da propriedade privada (por exemplo, cacifos ou correio eletrónico)
- Discriminação (por qualquer razão)

Grupo VI: Estas duas últimas questões pretendem identificar potenciais danos para a saúde provocados ou agravados pelo trabalho e pelo contexto em que é exercido, na perspetiva do trabalhador (autodeclaração).

[36] Do seguinte conjunto de sinais e sintomas ou problemas de saúde, identifique todos aqueles que se lhe apliquem e entenda que, de alguma forma, foram causados ou agravados pelo trabalho ou pelas condições de trabalho:

Pode não selecionar nenhuma até selecionar todas as opções.

- Constipações, asma ou outros problemas respiratórios
- Secura, irritação ou alergias ao nível dos olhos/nariz/garganta
- Alergias ou outros problemas ao nível da pele
- Dores músculo-esqueléticas na mão/pulso/antebraço/braço
- Dores músculo-esqueléticas nos ombros/pescoço
- Dores músculo-esqueléticas nas costas (região dorso-lombar)
- Outros sintomas/problemas músculo-esqueléticos não identificados antes
- Fadiga temporária ou ligeira
- Dores de cabeça ou tonturas
- Diminuição da acuidade/acomodação visual, cansaço ocular ou dores nos olhos
- Sintomas/problemas cardiovasculares
- Sintomas/problemas gastrointestinais
- Sintomas/problemas nas vias urinárias ou órgãos reprodutores
- Distúrbios hormonais, diabetes ou outros problemas metabólicos
- Tensão arterial alta (hipertensão) ou outros problemas de circulação
- Sistema imunitário debilitado ou má saúde geral
- Peso excessivo (obesidade) ou outros distúrbios alimentares
- Outros sintomas/problemas físicos/fisiológicos não identificados antes

[37] Por fim, do seguinte conjunto de sinais e sintomas ou problemas de saúde, identifique todos aqueles que se lhe apliquem e entenda que, de alguma forma, foram causados ou agravados pelo trabalho ou pelas condições de trabalho:

Pode não seleccionar nenhuma até seleccionar todas as opções.

- Desgaste mental ou dificuldades de concentração
- Mal-estar, insatisfação ou redução da qualidade de vida em geral
- Ansiedade
- Irritabilidade ou agressividade
- Distúrbios nas relações sociais/familiares
- Distúrbios no sono ou distúrbios sexuais
- Fadiga crónica ou esgotamento severo (*burnout*)
- Consumo de tabaco, álcool, cafeína, medicamentos ou outras substâncias psicoativas
- Depressão ou diminuição da autoestima
- Pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio
- Outros sinais e sintomas do foro psíquico/mental não identificados antes

Grupo VII: A terminar o questionário, disponibilizamos um campo de preenchimento livre e facultativo para observações que ainda possa querer fazer.

Este campo é de preenchimento livre e facultativo para, caso pretenda, fazer alguma observação ou comentário no âmbito deste estudo.

Por exemplo, pode identificar outros fatores de risco ou outros danos para a saúde não referidos no presente inquérito. Pode também apresentar qualquer crítica ou sugestão pertinente para a promoção da saúde ocupacional.

[Mensagem de confirmação de receção do inquérito preenchido]

O seu questionário foi rececionado.

Muito obrigado pela sua colaboração!

4. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E RESULTADOS OBTIDOS

4.1. Caraterização da população e da amostra de inquiridos

A população em estudo, pertencente ao sector bancário, sector 'K – Atividades financeiras e de seguros', subsector '64 – Atividades de serviços financeiros, exceto seguros e fundos de pensões'⁴¹, segundo dados do ano de 2011⁴² relativos a 33 instituições associadas da Associação Portuguesa de Bancos, detinha um universo de 55.485 trabalhadores, com as seguintes características (APB, 2012):

Tabela 4.1 – Caraterização da população de trabalhadores do sector bancário (dados de 33 instituições financeiras associadas da APB do ano de 2011)

	Número	Percentagem
POR GÉNERO		
Homens	29.707	53,5%
Mulheres	25.778	46,5%
POR IDADES		
Até 30 anos	5.845	10,5%
De 30 a 44 anos	30.231	54,5%
45 anos ou mais	19.409	35,0%
POR ANTIGUIDADE		
Até 1 ano	1.117	2,0%
De 1 a 5 anos	11.740	21,2%
De 6 a 10 anos	8.254	14,9%
De 11 a 15 anos	11.902	21,4%
Mais de 15 anos	22.472	40,5%
POR VÍNCULO CONTRATUAL		
Efetivos	53.856	97,1%
A prazo	1.629	2,9%
POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS		
Ensino básico	4.394	7,9%
Ensino secundário	22.393	40,4%
Ensino superior	28.698	51,7%
POR FUNÇÕES		
Chefias	13.933	25,1%
Específicas	21.881	39,4%
Administrativas	18.853	34,0%
Auxiliares	818	1,5%
POR ATIVIDADE		
Comercial	36.178	65,2%
Outra	19.307	34,8%
TOTAL	55.485	100,0%

(Adaptado de APB, 2012)

⁴¹ CAE, Rev. 3.

⁴² Até ao final de agosto de 2013 não foi possível obter junto da APB os dados de 2012, pese embora um pedido nesse sentido aos serviços da entidade.

O questionário foi disponibilizado através de ligação eletrónica à plataforma de formulários da Google[®], tendo estado disponível para preenchimento durante o período compreendido entre 8 de julho e 2 de agosto de 2013.

Com a colaboração de uma estrutura sindical, foram distribuídos questionários a 5.000 indivíduos trabalhadores do sector bancário, através de mensagem via correio eletrónico, disponibilizando a ligação ao questionário e salientando os objetivos do inquérito e o interesse da sua participação.

Não foi possível controlar a representatividade da amostra, designadamente, quanto às características dos inquiridos (idade, habilitações, zona geográfica onde trabalham, etc.), ou à instituição onde pertencem, apenas tendo sido possível garantir o exercício de atividade no sector bancário.

Foram rececionadas 906 respostas válidas ao questionário. Assim, partindo do pior cenário, ou seja, assumindo a amostra como totalmente aleatória, para um nível de confiança de 95%, a fórmula para determinar o erro da amostra será a seguinte (adaptado de Oliveira e Grácio, 2005):

$$E = \sqrt{\frac{1}{n} - \frac{1}{N}}$$

Assim para N (população) = 55.485, n (amostra) = 906, temos E (erro) = 3,3%.

Consideramos, naturalmente, esta margem de erro de 3,3% bastante satisfatória, o que nos oferece razoáveis garantias sobre a representatividade da amostra.

4.2. Resultados obtidos

Seguidamente, passaremos a discriminar os resultados obtidos em cada uma das questões colocadas. Lembramos que para todas as questões $n=906$ e que, exceto onde seja indicado o contrário, a resposta era obrigatória e só existia uma opção possível.

As respostas encontram-se ordenadas da opção com maior número de respondentes para a de menor número.

Grupo I: Caraterização estatística da população dos inquiridos

[1] Escalão etário – indique o intervalo que corresponde ao seu ano de nascimento:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
De 1972 a 1981 [31 a 40 anos]	398	43,9%
De 1962 a 1971 [41 a 50 anos]	265	29,2%
De 1952 a 1961 [51 a 60 anos]	168	18,5%
Em 1982 ou depois [até 30 anos]	69	7,6%
Até 1951 inclusive [61 ou + anos]	6	0,7%

[2] Indique o seu sexo:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Masculino	504	55,6%
Feminino	402	44,4%

[3] Indique as suas habilitações literárias atuais:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Ensino básico ou secundário (até 12.º ano inclusive)	406	44,8%
Bacharelato ou licenciatura	377	41,6%
Pós-graduação, mestrado ou grau superior	123	13,6%

[4] Antiguidade – indique o ano de admissão na instituição:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
De 1992 a 2001 [11 a 20 anos]	365	40,3%
De 1982 a 1991 [21 a 30 anos]	207	22,8%
Em 2007 ou depois [até 5 anos]	146	16,1%
De 2002 a 2006 [6 a 10 anos]	122	13,5%
Até 1981 inclusive [31 ou + anos]	66	7,3%

[5] Tipo de unidade orgânica em que trabalhou durante mais tempo nos últimos 12 meses:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Balcão, agência ou equivalente com atendimento direto ao público	509	56,2%
Direção, departamento ou equivalente em serviços centrais (exceto área comercial)	320	35,3%
Direção, departamento ou equivalente na área comercial (exceto balcão)	77	8,5%

[6] Zona geográfica em que trabalhou durante mais tempo nos últimos 12 meses:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Distritos de Lisboa, Setúbal e Santarém [Vale do Tejo]	521	57,5%
Distritos de Viana do Castelo, Braga, Porto, Vila Real e Bragança [Norte]	197	21,7%
Distritos de Aveiro, Viseu, Guarda, Leiria, Coimbra e Castelo Branco [Centro]	115	12,7%
Distritos de Portalegre, Évora, Beja e Faro [Sul]	50	5,5%
Regiões autónomas dos Açores e da Madeira [Ilhas]	23	2,5%

[7] Indique as funções que exerceu durante mais tempo nos últimos 12 meses:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Funções de caixa ou funções administrativas sem funções técnicas	306	33,8%
Funções técnicas (sem funções de chefia)	204	22,5%
Funções de chefia direta (responsáveis de balcão, serviço, núcleo ou estrutura equivalente)	195	21,5%
Gestor de cliente, promotor comercial ou equivalente	138	15,2%
Nenhuma das anteriores [i.e. nenhuma das referidas]	37	4,1%
Funções de direção (responsáveis de direção, departamento ou estrutura equivalente de 1.ª ou 2.ª linha)	26	2,9%

Grupo II: Caracterização de algumas variáveis do contexto em que o trabalho é exercido

[8] Indique quanto tempo, aproximadamente e em média, trabalhou habitualmente por dia nos últimos 12 meses dentro das instalações da instituição:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
9-10 horas	420	46,4%
7-8 horas	414	45,7%
11-12 horas	51	5,6%
Até 6 horas	16	1,8%
13 horas ou mais	5	0,6%

[9] Indique quanto tempo, aproximadamente e em média, trabalhou habitualmente por dia nos últimos 12 meses fora das instalações da instituição:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Não trabalhei fora das instalações da instituição	500	55,2%
Até 1 hora inclusive	209	23,1%
Superior a 1 hora e até 2 horas inclusive	105	11,6%
Superior a 3 horas	51	5,6%
Superior a 2 horas e até 3 horas inclusive	41	4,5%

[10] Indique quanto tempo, aproximadamente e em média, gastou diariamente nas deslocações (ida e volta) entre residência e local de trabalho nos últimos 12 meses:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Até 1 hora inclusive	625	69,0%
Superior a 1 hora e até 2 horas inclusive	228	25,2%
Superior a 2 horas e até 3 horas inclusive	40	4,4%
Superior a 3 horas	13	1,4%

[11] Indique quantos dias por mês, aproximadamente e em média, trabalhou em feriados, sábados ou domingos nos últimos 12 meses:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Não trabalhei em feriados, sábados ou domingos	743	82,0%
1 ou 2 dias por mês	139	15,3%
3 ou 4 dias por mês	13	1,4%
5 ou mais dias por mês	11	1,2%

[12] Durante a semana de trabalho, caracterize o contexto familiar em que habitualmente residiu nos últimos 12 meses:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Residi habitualmente com família (qualquer tipo de vínculo)	801	88,4%
Residi habitualmente sozinho(a)	66	7,3%
Residi sozinho(a) durante a semana e ao fim-de-semana com família	27	3,0%
Outra situação não identificada antes	12	1,3%

Grupo III: Identificação de fatores de risco no ambiente físico do local de trabalho

[13.a] Como caracteriza habitualmente a atmosfera ambiente do seu local de trabalho quanto à temperatura?

Durante o verão e outros períodos de tempo quente

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Agradável	501	55,3%
Muito irregular	179	19,8%
Quente	149	16,4%
Fria	77	8,5%

[13.b] Como caracteriza habitualmente a atmosfera ambiente do seu local de trabalho quanto à temperatura?

Durante o inverno e outros períodos de tempo frio

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Agradável	541	59,7%
Muito irregular	204	22,5%
Fria	104	11,5%
Quente	57	6,3%

[14.a] Como caracteriza habitualmente a atmosfera ambiente do seu local de trabalho quanto à humidade?

Durante o verão e outros períodos de tempo quente

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Ajustada	609	67,2%
Seca	176	19,4%
Muito irregular	95	10,5%
Húmida	26	2,9%

[14.b] Como caracteriza habitualmente a atmosfera ambiente do seu local de trabalho quanto à humidade?

Durante o inverno e outros períodos de tempo frio

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Ajustada	625	69,0%
Seca	115	12,7%
Muito irregular	113	12,5%
Húmida	53	5,8%

[15] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a correntes de ar incomodativas?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Não, nunca	441	48,7%
Sim, algumas vezes	350	38,6%
Sim, a maioria das vezes	115	12,7%

[16.a] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a algum destes fatores?

Fumos, vapores, odores ou gases (de qualquer origem)

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Não, nunca	648	71,5%
Sim, algumas vezes	221	24,4%
Sim, a maioria das vezes	37	4,1%

[16.b] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a algum destes fatores?

Poeiras ou fibras presentes no ar ambiente, equipamentos ou instalações

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Não, nunca	491	54,2%
Sim, algumas vezes	325	35,9%
Sim, a maioria das vezes	90	9,9%

[16.c] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a algum destes fatores?

Agentes irritantes para a pele, olhos, nariz ou garganta (exemplo, produtos de limpeza agressivos)

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Não, nunca	633	69,9%
Sim, algumas vezes	238	26,3%
Sim, a maioria das vezes	35	3,9%

[17] Como caracteriza a iluminação no seu local de trabalho?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Normalmente, parece-me ajustada	704	77,7%
Normalmente, a iluminação é insuficiente	79	8,7%
É irregular, várias ou todas as situações anteriores ocorrem	70	7,7%
Normalmente, a iluminação é excessiva	53	5,8%

[18.a] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a alguma destas situações?

Ruído incomodativo (proveniente das pessoas, de equipamentos ou do exterior)

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Algumas vezes	448	49,4%
Não, nunca	327	36,1%
A maioria das vezes	131	14,5%

[18.b] No local de trabalho encontra-se exposto(a) a alguma destas situações?

Vibrações incomodativas (provenientes de equipamentos ou outras fontes)

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Não, nunca	570	62,9%
Sim, algumas vezes	276	30,5%
Sim, a maioria das vezes	60	6,6%

[19] Como caracteriza, em geral, o seu local de trabalho no que se refere ao desenho (layout) das instalações?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Agradável	551	60,8%
Desagradável	231	25,5%
Muito desagradável	68	7,5%
Muito agradável	56	6,2%

[20] Como caracteriza, em geral, a limpeza no seu local de trabalho?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Boa	608	67,1%
Má	212	23,4%
Muito boa	44	4,9%
Muito má	42	4,6%

Grupo IV: Identificação de fatores de risco de natureza músculo-esquelética no contexto de trabalho.

[21] Como caracteriza o seu posto físico de trabalho (computador-mobiliário-equipamentos) quanto à funcionalidade e posicionamento dos seus componentes?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Adequado	572	63,1%
Inadequado	229	25,3%
Bastante inadequado	68	7,5%
Bastante adequado	37	4,1%

[22] Como caracteriza o seu posto físico de trabalho (computador-mobiliário-equipamentos) quanto à área/dimensão existente?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Adequada	593	65,5%
Inadequada	199	22,0%
Bastante adequada	61	6,7%
Bastante inadequada	53	5,8%

[23] Tem habitualmente necessidade de trabalhar sentado por longos períodos?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Sim, a maioria do tempo	460	50,8%
Sim, sempre ou quase sempre	436	48,1%
Nunca ou apenas esporadicamente	10	1,1%

[24] Durante o tempo de trabalho sentado, entende que habitualmente a sua postura/posição de trabalho é:

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Incorreta	468	51,7%
Correta	316	34,9%
Bastante incorreta	119	13,1%
Bastante correta	3	0,3%

[25] Durante o trabalho tem habitualmente necessidade de fazer esforços de leitura e concentração?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Sim, algumas vezes	510	56,3%
Sim, a maioria das vezes	337	37,2%
Não, nunca	59	6,5%

[26] Durante o trabalho tem habitualmente necessidade de realizar movimentos repetitivos?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Sim, a maioria das vezes	455	50,2%
Sim, algumas vezes	411	45,4%
Não, nunca	40	4,4%

[27] Tem habitualmente necessidade de efetuar movimentação manual de cargas pesadas?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Não, nunca	519	57,3%
Sim, algumas vezes	371	40,9%
Sim, a maioria das vezes	16	1,8%

[28] Realiza habitualmente pausas/intervalos durante o seu dia de trabalho?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
2 ou 3 pausas por dia (por exemplo, para a refeição e a meio da manhã e da tarde)	585	64,6%
Nunca ou apenas 1 pausa durante o dia (por exemplo, para a refeição)	270	29,8%
4 ou mais pausas por dia (por exemplo, pequenas pausas em períodos mais curtos)	51	5,6%

Grupo V: Identificação de fatores de risco de natureza psicossocial no contexto de trabalho

[29] Como se sente, habitualmente e em geral, com o seu trabalho?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Satisfeito	641	70,8%
Insatisfeito	154	17,0%
Muito satisfeito	67	7,4%
Muito insatisfeito	44	4,9%

[30] Relativamente ao conteúdo e à realização do trabalho, selecione das seguintes afirmações todas as que entende serem verdadeiras:

[Nesta questão podia não ser selecionada nenhuma opção até serem selecionadas todas as opções]

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
As minhas aptidões/qualificações não estão a ser totalmente utilizadas	368	40,6%
As minhas funções/tarefas são de especial responsabilidade, com especiais consequências para a organização ou outras partes	328	36,2%
Os ritmos de trabalho são sistematicamente elevados	319	35,2%
São feitas exigências irreais de produtividade	264	29,1%
Tenho pouca ou nenhuma participação na tomada de decisões	230	25,4%
Os prazos de execução são habitualmente curtos/irrealistas	205	22,6%
As exigências do trabalho estão acima da capacidade de resposta	145	16,0%
Tenho responsabilidades elevadas mas com pouca autonomia/controlo sobre o trabalho	136	15,0%
O trabalho é habitualmente desinteressante ou monótono	134	14,8%
Muitas vezes não entendo o sentido do trabalho que realizo	73	8,1%
EM BRANCO	143	15,8%

[31] Relativamente ao funcionamento organizacional e à realização profissional, selecione das seguintes afirmações todas as que entende serem verdadeiras:

[Nesta questão podia não ser selecionada nenhuma opção até serem selecionadas todas as opções]

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Os critérios de avaliação e recompensa são desconhecidos ou pouco claros/transparentes	460	50,8%
Existem poucas perspectivas de desenvolvimento/evolução na carreira	447	49,3%
Existe injustiça ou falta de equidade de tratamento (por exemplo, na avaliação do desempenho, no <i>feedback</i> dado, ou na evolução na carreira)	391	43,2%
Existe uma fraca participação dos trabalhadores na definição das políticas e funcionamento organizacionais	310	34,2%
É pedido um elevado esforço mas a recompensa é baixa (por impossibilidade organizacional e não por erro de julgamento)	283	31,2%
Há discrepâncias entre a função/categoria profissional e as responsabilidades atribuídas (responsabilidades abaixo ou acima da função/categoria)	255	28,1%
Existe uma fraca comunicação institucional (hierárquica ou interpares)	249	27,5%
Os meus rendimentos são insuficientes para fazer face às necessidades	213	23,5%
Existe uma forte insegurança quanto à manutenção do emprego	181	20,0%
Os objetivos organizacionais são pouco ou mal definidos	177	19,5%
Existe um fraco suporte institucional (na realização do trabalho ou no desenvolvimento profissional)	163	18,0%
São frequentes as mudanças na organização ou nas tarefas/funções atribuídas	130	14,3%
EM BRANCO	160	17,7%

[32] Como caracteriza, no geral, a sua relação de trabalho com a(s) sua(s) chefia(s) direta(s)?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Boa	641	70,8%
Muito boa	191	21,1%
Má	63	7,0%
Muito má	11	1,2%

[33] Como caracteriza, no geral, a sua relação de trabalho com os colegas seus pares ou da equipa de trabalho?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Boa	642	70,9%
Muito boa	236	26,0%
Má	25	2,8%
Muito má	3	0,3%

[34] Como caracteriza a conciliação/equilíbrio entre o seu trabalho e a sua vida social/familiar?

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Fácil	554	61,1%
Difícil	282	31,1%
Muito fácil	37	4,1%
Muito difícil	33	3,6%

[35] Das seguintes situações selecione todas as que entende já ter sido vítima:

[Nesta questão podia não ser seleccionada nenhuma opção até serem seleccionadas todas as opções]

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)	203	22,4%
Discriminação (por qualquer razão)	182	20,1%
Intimidação/coação psicológica (<i>bullying</i>) ou assédio moral (<i>mobbing</i>)	180	19,9%
Violação da propriedade privada (por exemplo, cacifos ou correio eletrónico)	42	4,6%
Assédio sexual	20	2,2%
EM BRANCO	523	57,7%

Grupo VI: Identificação de potenciais danos para a saúde provocados ou agravados pelo trabalho e pelo contexto em que é exercido, na perspetiva do trabalhador

[36] Do seguinte conjunto de sinais e sintomas ou problemas de saúde, identifique todos aqueles que se lhe apliquem e entenda que, de alguma forma, foram causados ou agravados pelo trabalho ou pelas condições de trabalho:

[Nesta questão podia não ser selecionada nenhuma opção até serem selecionadas todas as opções]

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Diminuição da acuidade/acomodação visual, cansaço ocular ou dores nos olhos	479	52,9%
Dores músculo-esqueléticas nas costas (região dorso-lombar)	454	50,1%
Dores músculo-esqueléticas nos ombros/pescoço	414	45,7%
Fadiga temporária ou ligeira	393	43,4%
Secura, irritação ou alergias ao nível dos olhos/nariz/garganta	360	39,7%
Dores músculo-esqueléticas na mão/pulso/antebraço/braço	331	36,5%
Dores de cabeça ou tonturas	322	35,5%
Constipações, asma ou outros problemas respiratórios	300	33,1%
Peso excessivo (obesidade) ou outros distúrbios alimentares	140	15,5%
Tensão arterial alta (hipertensão) ou outros problemas de circulação	137	15,1%
Alergias ou outros problemas ao nível da pele	102	11,3%
Sintomas/problemas gastrointestinais	99	10,9%
Outros sintomas/problemas físicos/fisiológicos não identificados antes	56	6,2%
Sintomas/problemas cardiovasculares	55	6,1%
Outros sintomas/problemas músculo-esqueléticos não identificados antes	38	4,2%
Sintomas/problemas nas vias urinárias ou órgãos reprodutores	38	4,2%
Sistema imunitário debilitado ou má saúde geral	30	3,3%
Distúrbios hormonais, diabetes ou outros problemas metabólicos	24	2,6%
EM BRANCO	93	10,3%

[37] Por fim, do seguinte conjunto de sinais e sintomas ou problemas de saúde, identifique todos aqueles que se lhe apliquem e entenda que, de alguma forma, foram causados ou agravados pelo trabalho ou pelas condições de trabalho:

[Nesta questão podia não ser selecionada nenhuma opção até serem selecionadas todas as opções]

Opções	Número de respostas	Percentagem (n=906)
Ansiedade	446	49,2%
Desgaste mental ou dificuldades de concentração	378	41,7%
Irritabilidade ou agressividade	304	33,6%
Mal-estar, insatisfação ou redução da qualidade de vida em geral	257	28,4%
Distúrbios no sono ou distúrbios sexuais	194	21,4%
Depressão ou diminuição da autoestima	177	19,5%
Distúrbios nas relações sociais/familiares	153	16,9%
Consumo de tabaco, álcool, cafeína, medicamentos ou outras substâncias psicoativas	110	12,1%
Fadiga crónica ou esgotamento severo (<i>burnout</i>)	74	8,2%
Outros sinais e sintomas do foro psíquico/mental não identificados antes	43	4,7%
Pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio	28	3,1%
EM BRANCO	256	28,3%

Finalmente, no campo de preenchimento livre e facultativo para, caso pretendessem, os inquiridos fazerem alguma observação ou comentário no âmbito do estudo, foram reforçadas algumas questões já presentes no inquérito, bem como referidos alguns aspetos novos.

Quanto a questões reforçadas, foi mencionado: constante aumento das exigências e objetivos; objetivos desajustados e pressão exacerbada com os mesmos; desgaste e ansiedade pela pressão do trabalho; prolongamento sistemático do horário de trabalho, muitas vezes com coação psicológica por parte das chefias ou dos pares; existência de assédio moral frequente; tratamento desumano como prática habitual por parte das direções e mau relacionamento com os subordinados por parte das chefias diretas; injustiças nas avaliações de desempenho e progressões na carreira; falta de um instrumento de avaliação das chefias por parte dos subordinados; postos de trabalho e mobiliário muito inadequados; problemas músculo-esqueléticos nos membros superiores derivado ao uso do rato; problemas com o ar condicionado, climatização e qualidade do ar interior; problemas de iluminação e falta de iluminação natural.

Como aspetos não presentes no questionário, foi referido: a existência de melhor qualidade de vida e condições de trabalho em serviços centrais em comparação com os balcões/agências; a existência de demasiadas chefias em razão do número de trabalhadores, muitas delas sem perfil ou qualificações para as funções; a existência de insetos e parasitas nas instalações; a existência de locais de trabalho ou locais interiores de passagem onde ainda se fuma habitualmente; opiniões de que os serviços de SST estão mal estruturados, ou são ineficientes, ou estão dependentes de chefias sem qualificações na área, ou de que há falta de comprometimento da gestão de topo para com a SST; relatos de que em serviços onde não existem objetivos rigorosos, promove-se um excelente ambiente de trabalho, sendo que os objetivos traçados acabam por ser alcançados na mesma.

4.3. Análise e discussão dos resultados

A população inquirida tem, na sua maioria (73,1%) entre 31 e 50 anos, sendo o maior grupo o dos 31 a 40 anos (43,9%). Os dados do sector apontam para uma maior concentração na faixa dos 30 a 44 anos (54,5%), o que aparenta estar em linha com os nossos resultados. Uma distribuição muito semelhante por sexos ocorre quer no nosso estudo, homens 55,6% e mulheres 44,4%, quer na comparação com o sector, 53,5% e 46,5%, respetivamente. As habilitações literárias no nosso estudo apresentam 44,8% dos inquiridos com ensino básico ou secundário, contra 48,3% do sector, e 55,2% no total do nosso estudo com ensino superior, contra 51,7% no sector. A antiguidade, no nosso estudo, aponta para 70,4% dos inquiridos no agregado das faixas com 11 ou mais anos de serviço, contra 61,9% no mesmo agregado do sector. Quanto à colocação o nosso estudo reporta 64,7% na área comercial, com valores muito idênticos (65,2%) no sector. No nosso estudo as funções administrativas e caixas correspondem a 33,8% dos inquiridos contra idêntico valor do sector (34,0%). Igualmente as funções específicas (sector) correspondem aproximadamente aos nossos valores do somatório de funções técnicas e gestores de cliente (no sector 39,4% contra 37,7% do inquérito). As chefias no sector correspondem também, de muito perto, ao somatório de chefias diretas e de direção do nosso estudo. Quanto ao vínculo contratual era sabido que a esmagadora maioria dos trabalhadores bancários são efetivos na profissão (97,1%) pelo que dispensámos esse item no nosso inquérito. A distribuição geográfica dos inquiridos corresponde ao expectável, dado que se concentra nos distritos limítrofes de Lisboa (Vale do Tejo) com 57,5% dos inquiridos, seguida pelos distritos limítrofes do Porto (Norte) com 21,7% da amostra. Em conclusão, e quanto à caracterização sociodemográfica, pese embora alguma variabilidade que, possivelmente, existirá entre os dados de 2011 do sector e os dados do 2.º semestre de 2013 do nosso estudo, concluímos que os dados da amostra são, na maioria dos indicadores, bastante semelhantes aos dados do sector, o que reforça a nossa confiança na representatividade da amostra.

A caracterização de algumas das variáveis do contexto em que o trabalho é exercido permite-nos concluir que menos de metade dos inquiridos (47,5%) afirma trabalhar até 8 horas diárias em média dentro das instalações das entidades empregadoras, afirmando os restantes 52,5% trabalhar 9 horas ou mais em média por dia. O grupo das 9-10 horas diárias é o mais representativo com 46,4% das respostas. Acresce que um total de 44,8% dos inquiridos afirma trabalhar uma hora ou mais por dia fora das instalações, sendo que 5,6% dos inquiridos afirma trabalhar mais de 3 horas fora das instalações.

Quanto ao tempo de deslocação (ida-e-volta) entre local de trabalho e residência 69,0% dos inquiridos referem demorar até 1 hora (inclusive) no total. Esta percentagem pareceu-nos exagerada, dado que, nesse caso, mais de dois terços dos respondentes gastariam 30 minutos ou menos em cada trajeto, o que inicialmente não nos pareceu corresponder à realidade. No entanto, a ordem de grandeza do nosso estudo corresponde, grosso modo, aos valores obtidos no Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho de 2010 (Eurofound, 2011).

Dos inquiridos 17,9% refere trabalhar, em média, 1 dia ou mais por mês em feriados e fins-de-semana. Quanto ao contexto familiar a grande maioria (88,4%) refere que habitualmente reside com família toda a semana.

Entrando na identificação de fatores de risco presentes no ambiente físico do local de trabalho, mais de metade dos inquiridos considera que a temperatura do seu local de trabalho é agradável, quer de verão quer de inverno. Ainda assim a percentagem de satisfeitos é menor no verão (55,3%) que no inverno (59,7%). Em ambos os casos cerca de um quinto dos respondentes (19,8% e 22,5%, respetivamente) refere que a temperatura é muito irregular. Durante o verão 16,4% dos inquiridos considera que a atmosfera interior está quente. Quanto à humidade, 67,2% e 69,0%, respetivamente no verão e inverno, consideram-na adequada. Ainda assim, no que se refere ao conforto térmico, e por comparação com a percentagem de insatisfeitos mais habitualmente considerada nas avaliações a partir na norma EN ISO 7730:2005, ou seja, um valor máximo de 10%, a percentagem de insatisfeitos obtida no nosso estudo é, em nossa opinião, demasiado elevada.

Uma percentagem muito significativa de indivíduos considera estar exposto a correntes de ar incómodas (51,3% no total), sendo que 12,7% diz que acontece a maioria das vezes. Quanto a agentes contaminantes, a presença de poeiras ou fibras é referida por 45,8% dos inquiridos, uma percentagem obviamente elevada. A exposição a fumos, vapores, odores ou gases é referida por 28,5% dos inquiridos. Exposição a agentes irritantes é identificada em 30,2% das respostas. Já a iluminação é considerada ajustada por 77,7% dos inquiridos.

Por outro lado, a exposição ao ruído incómodo é identificado por 63,9% dos respondentes no total, uma outra percentagem muito elevada, eventualmente explicada pelos denominados *open space*, ou por espaços com contacto direto para o exterior, como será o caso de balcões ou agências. Vibrações incómodas são identificadas em 37,1% das respostas, percentagem elevada que nos surpreendeu.

Para 67,0% dos inquiridos o desenho (*layout*) das instalações é agradável ou muito agradável, enquanto 33,0% consideram-no desagradável ou muito desagradável. A limpeza das instalações é considerada boa ou muito boa em 72% das respostas, enquanto 28% consideram que é má ou muito má.

O posto físico de trabalho, quanto à funcionalidade e posicionamento dos componentes é considerado adequado ou muito adequado por 67,2% dos inquiridos, enquanto 32,8% consideram-no inadequado ou muito inadequado. Quanto à área/dimensão do posto físico de trabalho 72,2% consideram-na adequada ou muito adequada, enquanto 27,8% dizem ser inadequada ou muito inadequada. Ainda que minoritárias, as percentagens de inquiridos que referem ter um posto de trabalho inadequado são ainda assim significativas, importando intervenção técnica corretiva.

A quase totalidade dos respondentes (98,9%) trabalha sentado por longos períodos sempre ou a maioria do tempo, o que era expectável dado o sector de atividade em apreciação. No entanto 64,8% consideram que durante esse tempo a sua postura ou posição de trabalho é incorreta ou muito incorreta. Existe aqui trabalho a realizar pelos profissionais de segurança e saúde, devendo a sua intervenção incidir, parece-nos, principalmente na formação e sensibilização dos trabalhadores, isto porque a maioria dos indivíduos considera o posto de trabalho adequado quanto às suas componentes, pelo que a má postura aparenta dever-se a maus hábitos e não a um generalizado mau desenho do posto de trabalho.

Uma percentagem de 93,5% das respostas refere que habitualmente têm necessidade de fazer esforços de leitura e concentração, sendo que 37,2% dizem ter de o fazer a maioria das vezes. Já 95,6% referem ter de realizar movimentos repetitivos, sendo que 50,2% dizem ter de o fazer a maioria das vezes. Quanto a movimentação manual de cargas 57,3% afirmam nunca ter de o fazer, e só 1,8% afirmam fazê-lo a maioria das vezes.

Intervalos ou pausas no trabalho que ocorrem 2 ou 3 vezes por dia são identificados pela maioria das respostas (64,6%), e cerca de um terço (29,8%) referem que apenas fazem uma pausa por dia, valor último este que, em função do número médio de horas trabalhadas, parece-nos muito insuficiente.

Quanto à satisfação geral com o trabalho, 78,2% referem estar satisfeitos ou muito satisfeitos, contra 21,9% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

Relativamente ao conteúdo e à realização do trabalho 40,6% referem que as suas aptidões/qualificações não estão a ser totalmente utilizadas, 36,2% que as suas funções/tarefas são de especial responsabilidade, com especiais consequências para a organização ou outras partes, e 35,2% que os ritmos de trabalho são sistematicamente elevados, sendo estas as três opções mais indicadas. Lembramos que um mesmo inquirido poderia seleccionar mais de uma opção.

Quanto à percepção sobre o funcionamento organizacional e a realização profissional, as percentagens de indivíduos que identificam fatores de risco sobem significativamente, com 50,8% a afirmarem que critérios de avaliação e recompensa são desconhecidos ou pouco claros/transparentes, 49,3% que existem poucas perspectivas de desenvolvimento/evolução na carreira e 43,2% que existe injustiça ou falta de equidade de tratamento, só para também referir as três opções mais selecionadas.

As relações com as chefias e entre pares são consideradas boas ou muito boas por, respetivamente, 91,9% e 96,9%. Apenas na relação com as chefias as opções má ou muito má têm uma percentagem com eventual significado (8,2%), sendo que na relação com os pares é pouco significativa (3,1%).

Dos inquiridos 34,7% considera que a conciliação trabalho-família é difícil ou muito difícil, contra 65,2% que a considera fácil ou muito fácil.

A agressão física ou verbal (22,4%), a discriminação (20,1%) e a intimidação ou coação psicológica ou assédio moral (19,9%) são os principais fatores de risco identificados dentro da subclasse que denominámos 'violência'. De novo recordamos que um mesmo inquirido poderia selecionar mais de uma opção.

Quanto a danos de natureza predominantemente física/fisiológica relacionados com o trabalho (provocados ou agravados), percentagens significativas foram encontradas em oito opções, com 52,9% a indicarem diminuição da acuidade/acomodação visual, cansaço ocular ou dores nos olhos, 43,4% fadiga temporária ou ligeira e 35,5% dores de cabeça ou tonturas. Já 50,1%, 45,7% e 36,5% dos inquiridos referem dores músculo-esqueléticas ao nível, respetivamente, das costas (região dorso-lombar), dos ombros/pescoço e nos membros superiores. Ainda 33,1% referem padecer ou ter padecido de constipações, asma ou outros problemas respiratórios. Também nesta questão um mesmo inquirido poderia selecionar mais de uma opção.

Finalmente, quanto a danos predominantemente de natureza psíquica/mental, a ansiedade é o mais referido com 49,2% das respostas, seguida pelo desgaste mental com 41,7% e a irritabilidade ou agressividade com 33,6% das respostas. Embora com o menor número de respostas, mas pela gravidade desta indicação, não podemos deixar de referir que 28 indivíduos (3,1%) referem já ter tido pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio por razões relacionadas com o trabalho. Igualmente nesta questão um mesmo inquirido poderia selecionar mais de uma opção de resposta.

Os valores detetados em danos provocados ou agravados pelo trabalho e pelas condições de trabalho parecem confirmar as tendências reveladas nos estudos mais atuais consultados, com percentagens muito significativas nos problemas músculo-esqueléticos e nos problemas psíquicos/mentais, seguido de perto pelos problemas relacionados com a visão, as dores de cabeça ou tonturas e a fadiga ligeira. Tomando em atenção a não-resposta (questão deixada em branco), apenas 10,3% dos inquiridos não referem nenhum dano relacionado com o

trabalho de natureza predominantemente física/fisiológica, contra 28,3% que não referem nenhum de natureza predominantemente psíquica/mental. Não temos elementos que permitam explicar este fenómeno, mas uma hipótese pode ser uma maior dificuldade em identificar ou perceber os danos psíquicos/mentais em relação aos físicos/fisiológicos, onde os sinais e sintomas serão mais evidentes. Mas, como dissemos, é uma hipótese que carece de verificação adequada.

Não sendo possível, por limitações de tempo e espaço, proceder a análises muito exaustivas de relações entre dados obtidos, importa, ainda assim, tentar verificar algumas hipóteses que, ou são frequentemente referidas na literatura, ou são percepção comum dos profissionais de SST que atuam neste sector.

Por exemplo, é percepção habitual de que o número de horas trabalhado na banca é habitualmente elevado, influenciando a qualidade de vida e de saúde destes profissionais. A moda detetada no nosso estudo corresponde à classe entre 9 a 10 horas diárias, o que corresponde entre 45 a 50 horas semanais. Ainda que sendo um valor elevado, a nossa percepção era que seria até superior, supondo-se que os grandes centros urbanos e funções comerciais terão um horário mais prolongado em relação a zonas rurais e áreas de serviços de apoio, respetivamente. Assim efetuámos uma análise mais detalhada, constatando que dos 476 indivíduos (52,5% dos 906 inquiridos) que trabalham 9 horas ou mais diárias, 281 (59,0% de 476) trabalham na região da grande Lisboa (Vale do Tejo), 95 (20,0%) na região do Porto e Norte, 65 (13,7%) na região Centro, sendo os restantes 35 (7,4%) são do Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas. Ora, estas percentagens são semelhantes à distribuição por região do total de respondentes ao inquérito não se verificando a hipótese de haver uma maior concentração de horários mais prolongados em zonas urbanas que nas rurais (com a ressalva de que os nossos agregados de distritos não permitem uma distinção exata entre zonas). Em termos de funções, dos 476 identificados, 30,5% são chefias diretas, 23,5% técnicos, 22,1% caixas ou administrativos, 17,2% gestores de cliente e 6,7% correspondem ao somatório das restantes funções (diretores e outros). Aqui já aparenta que as chefias diretas são mais penalizadas em termos de horário, visto que a percentagem identificada nesta amostra parcial (30,5%) é superior à da amostra total (21,5%), sendo os caixas menos penalizados (22,% na amostra parcial face a 33,8% da amostra total). Ainda em relação aos inquiridos que trabalham 9 horas ou mais diárias, 301 (63,2%) trabalham em balcões ou similar com atendimento ao público, parecendo existir uma penalização nos balcões, dado que na amostra total os balcões representam menos inquiridos (56,2%).

Por outro lado, no que se refere a relações entre danos e fatores de risco, das 906 respostas, identificamos 615 inquiridos (67,9%) que referem pelo menos um tipo de problema músculo-esquelético, não sendo por causa de estarem sentados sempre ou a maioria do tempo, visto que a quase totalidade dos inquiridos (98,9%) trabalha nessas condições. Já quanto à funcionalidade do posto de trabalho e à área/dimensão, parece haver um agravamento por via destes fatores, visto que 40,7% e 34,1% da amostra parcial refere que o posto é inadequado

ou muito inadequado (contra 32,8% e 27,8%, respetivamente, da amostra total). Já 74,8% dos 615 inquiridos que referem dores músculo-esqueléticas também trabalham em posturas incorretas ou muito incorretas, contra 64,8% da amostra total, parecendo existir também aqui uma relação entre estes fatores. Isolando apenas problemas nas costas, ou seja, 454 dos inquiridos, 79,5% desses também trabalham em posturas incorretas ou muito incorretas, contra os mencionados 64,8% da amostra total, parecendo a relação mais forte ser entre má postura e dores nas costas.

Ainda isolando problemas localizados nos membros superiores ou nos ombros e pescoço (respostas a pelo menos uma das duas opções), identificámos 509 indivíduos (56,2% da amostra total) e quisemos verificar se reportam movimentos repetitivos acima da amostra total. De facto 310 (60,9%) reportam que o fazem a maioria das vezes, sendo esse valor significativamente superior ao identificado na amostra total (50,2%).

Quisemos ainda verificar se existiria alguma relação entre a exposição a correntes de ar incomodativas e o grupo de indivíduos que relata dores nas zonas do pescoço ou ombros. Dos 414 indivíduos que reportam dores nessa zona, 40,8% e 16,7% afirmam estar expostos, respetivamente, algumas vezes e a maioria das vezes, contra 38,6% e 12,7% da amostra total. Embora exista um agravamento das percentagens, as diferenças podem considerar-se pouco significativas, pelo que este fator de risco não será, no geral, o mais relevante para este tipo de dano.

Do grupo agregado de sintomas 'diminuição da acuidade/acomodação visual, cansaço ocular ou dores nos olhos' e 'dores de cabeça ou tonturas' (resposta a pelo menos uma das opções), o qual corresponde a 596 indivíduos (65,8% da amostra total), não nos foi possível encontrar relações com fatores de risco concretos.

Também do grupo agregado de sintomas 'secura, irritação ou alergias ao nível dos olhos/nariz/garganta' e 'constipações, asma ou outros problemas respiratórios' (resposta a pelo menos uma das opções), o qual corresponde a 471 indivíduos (52,0% da amostra total), 183 (38,9% da amostra parcial) afirmam que a limpeza do local de trabalho é má ou muito má, valor bastante superior aos que afirmam o mesmo na amostra total (28,0%); 210 (44,6% da amostra parcial) afirmam que se encontram expostos algumas vezes ou a maioria das vezes a agentes irritantes para a pele, olhos, nariz ou garganta, valor significativamente superior aos que afirmam o mesmo na amostra total (30,2%); 295 (62,6% da amostra parcial) afirmam que se encontram expostos algumas vezes ou a maioria das vezes a poeiras ou fibras presentes no ar ambiente, equipamentos ou instalações novamente um valor substancialmente superior aos que afirmam o mesmo na amostra total (45,8%). É possível assim estabelecer uma relação forte entre este tipo de danos e os fatores de risco em apreciação.

Ainda quisemos comparar a exposição a correntes de ar incomodativas com estes sintomas, tendo obtido 44,6% e 19,5% que afirmam estar expostos, respetivamente, algumas vezes e a

maioria das vezes, contra 38,6% e 12,7% da amostra total. Embora exista um aumento das percentagens, não parece ser o fator mais agravante deste tipo de danos.

Também, do lado dos sinais e sintomas predominantemente de natureza psíquica/mental, procurámos estabelecer algumas relações entre os danos mais vezes indicados e os fatores de risco reportados. Dos 257 indivíduos que referem mal-estar, insatisfação ou redução da qualidade de vida em geral, 119 (46,3% da amostra parcial) indicam estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o trabalho, valor mais do dobro da amostra total (21,9%), sendo esta relação muito forte.

Quisemos ainda comparar, mais em detalhe, alguns agregados de danos com subclasses de fatores de risco, tendo sido efetuadas as comparações que a seguir serão apresentadas.

O agregado dos danos ‘ansiedade’ e ‘irritabilidade ou agressividade’ (resposta a pelo menos uma das opções), que reúne 535 inquiridos (59,1% da amostra total), foi comparado com os resultados da amostra total relativamente às questões seguintes:

- Questão 30, ou seja, fatores de risco relacionados com o conteúdo e a realização do trabalho (tabela 4.2);
- Questão 31, ou seja, fatores de risco relacionados com o funcionamento organizacional e a realização profissional (tabela 4.3);
- Questão 35, ou seja, fatores de risco relacionados com a violência (tabela 4.4).

Tabela 4.2 – Comparação entre respostas à questão 30 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘ansiedade’ ou ‘irritabilidade ou agressividade’

Opções	Percentagem (n=535)	Percentagem (n=906)	Diferença
As minhas aptidões/qualificações não estão a ser totalmente utilizadas	46,2%	40,6%	5,6%
As minhas funções/tarefas são de especial responsabilidade, com especiais consequências para a organização ou outras partes	37,2%	36,2%	1,0%
Os ritmos de trabalho são sistematicamente elevados	43,2%	35,2%	8,0%
São feitas exigências irreais de produtividade	39,3%	29,1%	10,1%
Tenho pouca ou nenhuma participação na tomada de decisões	31,4%	25,4%	6,0%
Os prazos de execução são habitualmente curtos/irrealistas	30,1%	22,6%	7,5%
As exigências do trabalho estão acima da capacidade de resposta	22,2%	16,0%	6,2%
Tenho responsabilidades elevadas mas com pouca autonomia/controlo sobre o trabalho	18,9%	15,0%	3,9%
O trabalho é habitualmente desinteressante ou monótono	18,7%	14,8%	3,9%
Muitas vezes não entendo o sentido do trabalho que realizo	10,5%	8,1%	2,4%

Em todas as opções os inquiridos que reportam os danos ‘ansiedade’ e ‘irritabilidade ou agressividade’ (resposta a pelo menos uma das opções) assinalam com maior frequência fatores de risco relacionados com o conteúdo e a realização do trabalho, sendo as maiores diferenças identificadas nas opções ‘são feitas exigências irreais de produtividade’ e ‘os ritmos de trabalho são sistematicamente elevados’.

Tabela 4.3 – Comparação entre respostas à questão 31 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘ansiedade’ ou ‘irritabilidade ou agressividade’

Opções	Percentagem (n=535)	Percentagem (n=906)	Diferença
Os critérios de avaliação e recompensa são desconhecidos ou pouco claros/transparentes	59,3%	50,8%	8,5%
Existem poucas perspectivas de desenvolvimento/evolução na carreira	56,1%	49,3%	6,7%
Existe injustiça ou falta de equidade de tratamento (por exemplo, na avaliação do desempenho, no <i>feedback</i> dado, ou na evolução na carreira)	53,1%	43,2%	9,9%
Existe uma fraca participação dos trabalhadores na definição das políticas e funcionamento organizacionais	42,2%	34,2%	8,0%
É pedido um elevado esforço mas a recompensa é baixa (por impossibilidade organizacional e não por erro de julgamento)	38,5%	31,2%	7,3%
Há discrepâncias entre a função/categoria profissional e as responsabilidades atribuídas (responsabilidades abaixo ou acima da função/categoria)	36,1%	28,1%	7,9%
Existe uma fraca comunicação institucional (hierárquica ou interpares)	35,7%	27,5%	8,2%
Os meus rendimentos são insuficientes para fazer face às necessidades	28,4%	23,5%	4,9%
Existe uma forte insegurança quanto à manutenção do emprego	26,7%	20,0%	6,8%
Os objetivos organizacionais são pouco ou mal definidos	23,2%	19,5%	3,6%
Existe um fraco suporte institucional (na realização do trabalho ou no desenvolvimento profissional)	25,2%	18,0%	7,2%
São frequentes as mudanças na organização ou nas tarefas/funções atribuídas	18,7%	14,3%	4,3%

Também nesta comparação os inquiridos que reportam os danos ‘ansiedade’ e ‘irritabilidade ou agressividade’ (resposta a pelo menos uma das opções) assinalam com maior frequência em todas as opções fatores de risco relacionados com o funcionamento organizacional e a realização profissional. Evidenciam-se os seguintes fatores: existe injustiça ou falta de equidade de tratamento; os critérios de avaliação e recompensa são desconhecidos ou pouco claros/transparentes; existe uma fraca comunicação institucional; existe uma fraca participação dos trabalhadores na definição das políticas e funcionamento organizacionais.

Tabela 13 4.4 – Comparação entre respostas à questão 35 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘ansiedade’ ou ‘irritabilidade ou agressividade’

Opções	Percentagem (n=535)	Percentagem (n=906)	Diferença
Agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)	31,2%	22,4%	8,8%
Discriminação (por qualquer razão)	26,9%	20,1%	6,8%
Intimidação/coação psicológica (<i>bullying</i>) ou assédio moral (<i>mobbing</i>)	30,1%	19,9%	10,2%
Violação da propriedade privada (por exemplo, cacifos ou correio eletrónico)	6,9%	4,6%	2,3%
Assédio sexual	3,2%	2,2%	1,0%

Igualmente nesta comparação os inquiridos que reportam os danos ‘ansiedade’ e ‘irritabilidade ou agressividade’ (resposta a pelo menos uma das opções) assinalam com maior frequência em todas as opções fatores de risco relacionados com a violência, evidenciando-se a ‘intimidação/coação psicológica (*bullying*) ou assédio moral (*mobbing*)’ e a ‘agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)’.

O agregado dos danos ‘depressão ou diminuição da autoestima’ e ‘pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio’ (resposta a pelo menos uma das opções), que reúne 178 inquiridos (19,6% da amostra total), foi também comparado com os resultados da amostra total relativamente às questões seguintes:

- Questão 30, ou seja, fatores de risco relacionados com o conteúdo e a realização do trabalho (tabela 4.5);
- Questão 31, ou seja, fatores de risco relacionados com o funcionamento organizacional e a realização profissional (tabela 4.6);
- Questão 35, ou seja, fatores de risco relacionados com a violência (tabela 4.7).

Esta questão era para nós bastante importante dado que, embora a percentagem de total de inquiridos que reportam estes danos não fosse tão elevada quanto outros, pela gravidade dos danos em causa entendemos merecer uma análise própria. Os valores obtidos confirmaram, infelizmente, as nossas preocupações.

Tabela 4.5 – Comparação entre respostas à questão 30 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘depressão ou diminuição da autoestima’ ou ‘pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio’

Opções	Percentagem (n=178)	Percentagem (n=906)	Diferença
As minhas aptidões/qualificações não estão a ser totalmente utilizadas	57,9%	40,6%	17,2%
As minhas funções/tarefas são de especial responsabilidade, com especiais consequências para a organização ou outras partes	29,2%	36,2%	-7,0%
Os ritmos de trabalho são sistematicamente elevados	46,6%	35,2%	11,4%
São feitas exigências irreais de produtividade	49,4%	29,1%	20,3%
Tenho pouca ou nenhuma participação na tomada de decisões	44,9%	25,4%	19,6%
Os prazos de execução são habitualmente curtos/irrealistas	30,9%	22,6%	8,3%
As exigências do trabalho estão acima da capacidade de resposta	32,0%	16,0%	16,0%
Tenho responsabilidades elevadas mas com pouca autonomia/controlo sobre o trabalho	18,5%	15,0%	3,5%
O trabalho é habitualmente desinteressante ou monótono	28,7%	14,8%	13,9%
Muitas vezes não entendo o sentido do trabalho que realizo	20,2%	8,1%	12,2%

Nesta comparação são identificadas relações muito fortes entre ‘depressão ou diminuição da autoestima’ e ‘pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio’ e os fatores de risco relacionados com o conteúdo e a realização do trabalho. Destacam-se significativamente os fatores seguintes: são feitas exigências irreais de produtividade; tenho pouca ou nenhuma participação na tomada de decisões; as minhas aptidões/qualificações não estão a ser totalmente utilizadas; as exigências do trabalho estão acima da capacidade de resposta.

Tabela 4.6 – Comparação entre respostas à questão 31 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘depressão ou diminuição da autoestima’ ou ‘pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio’

Opções	Percentagem (n=178)	Percentagem (n=906)	Diferença
Os critérios de avaliação e recompensa são desconhecidos ou pouco claros/transparentes	64,6%	50,8%	13,8%
Existem poucas perspetivas de desenvolvimento/evolução na carreira	65,2%	49,3%	15,8%
Existe injustiça ou falta de equidade de tratamento (por exemplo, na avaliação do desempenho, no <i>feedback</i> dado, ou na evolução na carreira)	64,6%	43,2%	21,5%

(continua na página seguinte)

Tabela 4.6 (continuação) – Comparação entre respostas à questão 31 [...]

Opções	Percentagem (n=178)	Percentagem (n=906)	Diferença
Existe uma fraca participação dos trabalhadores na definição das políticas e funcionamento organizacionais	47,2%	34,2%	13,0%
É pedido um elevado esforço mas a recompensa é baixa (por impossibilidade organizacional e não por erro de julgamento)	47,2%	31,2%	16,0%
Há discrepâncias entre a função/categoria profissional e as responsabilidades atribuídas (responsabilidades abaixo ou acima da função/categoria)	46,1%	28,1%	17,9%
Existe uma fraca comunicação institucional (hierárquica ou interpares)	47,2%	27,5%	19,7%
Os meus rendimentos são insuficientes para fazer face às necessidades	38,8%	23,5%	15,3%
Existe uma forte insegurança quanto à manutenção do emprego	34,8%	20,0%	14,9%
Os objetivos organizacionais são pouco ou mal definidos	26,4%	19,5%	6,9%
Existe um fraco suporte institucional (na realização do trabalho ou no desenvolvimento profissional)	32,6%	18,0%	14,6%
São frequentes as mudanças na organização ou nas tarefas/funções atribuídas	27,5%	14,3%	13,2%

Todas as relações nesta comparação (tabela 4.6) são significativas, apenas um valor mais modesto na opção 'os objetivos organizacionais são pouco ou mal definidos'.

Tabela 4.7 – Comparação entre respostas à questão 35 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos 'depressão ou diminuição da autoestima' ou 'pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio'

Opções	Percentagem (n=178)	Percentagem (n=906)	Diferença
Agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)	41,6%	22,4%	19,2%
Discriminação (por qualquer razão)	39,9%	20,1%	19,8%
Intimidação/coação psicológica (<i>bullying</i>) ou assédio moral (<i>mobbing</i>)	50,6%	19,9%	30,7%
Violação da propriedade privada (por exemplo, cacifos ou correio eletrónico)	14,6%	4,6%	10,0%
Assédio sexual	5,6%	2,2%	3,4%

Todas estas relações são muito fortes, exceto no que se refere ao assédio de natureza sexual. De particular relevância verificamos que os danos em apreciação são especialmente agravados por fatores de intimidação/coação psicológica (*bullying*) ou assédio moral (*mobbing*).

Esta matéria, pela gravidade que encerra, tem de ser particularmente tida em atenção pelos profissionais de SST.

Por fim, o agregado dos danos ‘desgaste mental ou dificuldades de concentração’ e ‘distúrbios no sono ou distúrbios sexuais’ (resposta a pelo menos uma das opções), que reúne 435 inquiridos (48,0% da amostra total), foi comparado com os resultados da amostra total relativamente às questões seguintes:

- Questão 30, ou seja, fatores de risco relacionados com o conteúdo e a realização do trabalho (tabela 4.8);
- Questão 31, ou seja, fatores de risco relacionados com o funcionamento organizacional e a realização profissional (tabela 4.9);
- Questão 35, ou seja, fatores de risco relacionados com a violência (tabela 4.10).

Tabela 4.8 – Comparação entre respostas à questão 30 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘desgaste mental ou dificuldades de concentração’ ou ‘distúrbios no sono ou distúrbios sexuais’

Opções	Percentagem (n=435)	Percentagem (n=906)	Diferença
As minhas aptidões/qualificações não estão a ser totalmente utilizadas	46,7%	40,6%	6,0%
As minhas funções/tarefas são de especial responsabilidade, com especiais consequências para a organização ou outras partes	37,5%	36,2%	1,3%
Os ritmos de trabalho são sistematicamente elevados	47,6%	35,2%	12,4%
São feitas exigências irreais de produtividade	41,8%	29,1%	12,7%
Tenho pouca ou nenhuma participação na tomada de decisões	32,6%	25,4%	7,3%
Os prazos de execução são habitualmente curtos/irrealistas	33,1%	22,6%	10,5%
As exigências do trabalho estão acima da capacidade de resposta	26,0%	16,0%	10,0%
Tenho responsabilidades elevadas mas com pouca autonomia/controlo sobre o trabalho	19,5%	15,0%	4,5%
O trabalho é habitualmente desinteressante ou monótono	20,2%	14,8%	5,4%
Muitas vezes não entendo o sentido do trabalho que realizo	13,3%	8,1%	5,3%

Encontrámos relações expressivas com fatores de risco relacionados com o conteúdo e a realização do trabalho, evidenciando-se os fatores: são feitas exigências irreais de produtividade; os ritmos de trabalho são sistematicamente elevados; os prazos de execução

são habitualmente curtos/irrealistas; as exigências do trabalho estão acima da capacidade de resposta.

Tabela 4.9 – Comparação entre respostas à questão 31 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘desgaste mental ou dificuldades de concentração’ ou ‘distúrbios no sono ou distúrbios sexuais’

Opções	Percentagem (n=435)	Percentagem (n=906)	Diferença
Os critérios de avaliação e recompensa são desconhecidos ou pouco claros/transparentes	60,9%	50,8%	10,1%
Existem poucas perspectivas de desenvolvimento/evolução na carreira	57,2%	49,3%	7,9%
Existe injustiça ou falta de equidade de tratamento (por exemplo, na avaliação do desempenho, no <i>feedback</i> dado, ou na evolução na carreira)	54,7%	43,2%	11,6%
Existe uma fraca participação dos trabalhadores na definição das políticas e funcionamento organizacionais	43,4%	34,2%	9,2%
É pedido um elevado esforço mas a recompensa é baixa (por impossibilidade organizacional e não por erro de julgamento)	39,8%	31,2%	8,5%
Há discrepâncias entre a função/categoria profissional e as responsabilidades atribuídas (responsabilidades abaixo ou acima da função/categoria)	35,6%	28,1%	7,5%
Existe uma fraca comunicação institucional (hierárquica ou interpares)	35,6%	27,5%	8,1%
Os meus rendimentos são insuficientes para fazer face às necessidades	31,5%	23,5%	8,0%
Existe uma forte insegurança quanto à manutenção do emprego	28,0%	20,0%	8,1%
Os objetivos organizacionais são pouco ou mal definidos	25,7%	19,5%	6,2%
Existe um fraco suporte institucional (na realização do trabalho ou no desenvolvimento profissional)	26,0%	18,0%	8,0%
São frequentes as mudanças na organização ou nas tarefas/funções atribuídas	19,5%	14,3%	5,2%

Novamente relações com expressão, evidenciando-se os fatores de risco ‘existe injustiça ou falta de equidade de tratamento (por exemplo, na avaliação do desempenho, no *feedback* dado, ou na evolução na carreira)’, ‘os critérios de avaliação e recompensa são desconhecidos ou pouco claros/transparentes’, ‘existe uma fraca participação dos trabalhadores na definição das políticas e funcionamento organizacionais’.

Tabela 4.10 – Comparação entre respostas à questão 35 da amostra total e dos inquiridos que referem os danos ‘desgaste mental ou dificuldades de concentração’ ou ‘distúrbios no sono ou distúrbios sexuais’

Opções	Percentagem (n=435)	Percentagem (n=906)	Diferença
Agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)	32,9%	22,4%	10,5%
Discriminação (por qualquer razão)	27,6%	20,1%	7,5%
Intimidação/coação psicológica (<i>bullying</i>) ou assédio moral (<i>mobbing</i>)	30,6%	19,9%	10,7%
Violação da propriedade privada (por exemplo, cacifos ou correio eletrónico)	7,4%	4,6%	2,7%
Assédio sexual	3,4%	2,2%	1,2%

De novo evidenciam-se relações com significado, com maiores variações nos fatores de risco ‘intimidação/coação psicológica ou assédio moral’ e ‘agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)’.

Confirma-se assim a existência de relações de diversas ordens de grandeza, mas normalmente significativas ou fortes, entre danos de natureza predominantemente psíquica/mental e fatores de risco psicossociais, o que está em linha com a literatura consultada.

Evidentemente que a exploração dos dados não se esgota nesta dissertação. No entanto as relações estabelecidas, para além de caracterizarem o sector em análise, vêm confirmar não só as ordens de grandeza dos fatores de risco existentes em trabalho do tipo administrativo, como as relações entre fatores de risco e danos apresentadas na literatura em geral.

5. CONCLUSÃO

5.1. Resumo das principais conclusões

Neste estudo constatámos a falta de indicadores atualizados de segurança e saúde do trabalho na realidade nacional, bem como pela quase total ausência dos mesmos quanto a indicadores específicos sobre doença profissional e doença relacionada com o trabalho. Em igual sentido não encontramos na nossa realidade nenhum estudo generalizado sobre SST posterior a 2007 com base num instrumento de consulta direta aos trabalhadores. Apurámos ainda que as atividades de serviços administrativos, pese embora a sua dimensão, são sectores de alguma forma esquecidos no que se refere à SST, provavelmente devido ao facto de os indicadores de acidentes de trabalho graves serem menores que noutras atividades. Ainda assim demonstrámos que existe uma sinistralidade escondida nas atividades do tipo administrativo, bem como que a promoção da SST não se esgota na prevenção do acidente de trabalho e da doença profissional, mas também tem de incidir sobre a prevenção da doença relacionada com o trabalho e do mal-estar ocupacional.

A partir da literatura consultada, definimos um quadro que nos permitiu isolar e comprovar a existência de três grandes grupos ou classes de fatores de risco em trabalho administrativo com potencial de causar DRT e MEO – perigos presentes no local e ambiente de trabalho, perigos de natureza músculo-esquelética e perigos de natureza psicossocial –, bem como identificámos um conjunto de sinais e sintomas de consequências para a saúde provocadas pelos fatores de risco em apreciação – danos de natureza física/fisiológica, psíquica/mental ou combinações de ambos.

Tendo por base o quadro de perigos e danos definido, procedeu-se à construção de um inquérito para identificação de fatores de risco com potencial de DRT e MEO e respetivos danos para a saúde, personalizado a um dos sectores onde predomina o trabalho administrativo, no caso o sector bancário. Assim, foram distribuídos cerca de 5.000 questionários através de correio eletrónico, tendo o inquérito obtido 906 respostas válidas, amostra que, para uma população de 55.485 indivíduos e um nível de confiança de 95%, apresenta um erro de 3,3% (amostras aleatórias).

A aplicação do inquérito permitiu constatar a existência de vários fatores de risco com percentagens algo elevadas nas três classes anteriormente delimitadas, encontrando-se os valores mais expressivos nas classes dos denominados riscos músculo-esqueléticos e riscos psicossociais, o que está em linha com a literatura consultada. Quanto a danos, são mais

frequentemente identificados danos de natureza predominantemente física/fisiológica do que de natureza psíquica/mental.

Procurou-se estabelecer algumas relações entre danos e perigos, tendo-se detetado relações significativas entre, por exemplo: dores músculo-esqueléticas (uma ou mais localizações), com os fatores de risco ‘posto de trabalho inadequado ou muito inadequado’ e ‘posturas incorretas ou muito incorretas’; dores músculo-esqueléticas ao nível do pescoço, ombros ou membros superiores, com os perigos ‘movimentos repetitivos’; secura, irritação ou alergias ao nível dos olhos/nariz/garganta e constipações, asma ou outros problemas respiratórios, com os fatores de risco ‘limpeza do local de trabalho’, exposição a ‘agentes irritantes’ e a ‘poeiras ou fibras presentes no ar ambiente, equipamentos ou instalações’.

As maiores relações foram, no entanto, encontradas entre perigos de natureza psicossocial e danos de natureza psíquica/mental, de onde ressaltam: danos enquadrados como ‘mal-estar, insatisfação ou redução da qualidade de vida em geral’ são fortemente associados com os fatores de risco ‘insatisfação com o trabalho’; danos ‘ansiedade’ e ‘irritabilidade ou agressividade’ (resposta a pelo menos uma das opções) são especialmente associados com ‘exigências irreais de produtividade’, ‘critérios de avaliação e recompensa desconhecidos ou pouco claros/transparentes’, ‘injustiça ou falta de equidade de tratamento (e.g., na avaliação do desempenho, no *feedback* dado, ou na evolução na carreira)’, ‘agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)’ e ‘intimidação/coação psicológica (*bullying*) ou assédio moral (*mobbing*)’; danos ‘desgaste mental ou dificuldades de concentração’ e ‘distúrbios no sono ou distúrbios sexuais’ (resposta a pelo menos uma das opções) são também especialmente associados com os fatores de risco ‘ritmos de trabalho sistematicamente elevados’, ‘exigências irreais de produtividade’, ‘prazos de execução habitualmente curtos/irrealistas’, ‘exigências do trabalho acima da capacidade de resposta’, ‘critérios de avaliação e recompensa desconhecidos ou pouco claros/transparentes’, ‘injustiça ou falta de equidade de tratamento’, ‘agressão física ou verbal (por parte de colegas ou clientes)’ e ‘intimidação/coação psicológica (*bullying*) ou assédio moral (*mobbing*)’.

Particularmente preocupantes foram as muito expressivas relações encontradas entre o agregado dos danos ‘depressão ou diminuição da autoestima’ e ‘pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio’ (resposta a pelo menos uma das opções) e praticamente todos os perigos enquadrados nas subclasses ‘fatores de risco relacionados com o conteúdo e a realização do trabalho’ (tabela 4.5), ‘fatores de risco relacionados com o funcionamento organizacional e a realização profissional’ (tabela 4.6), e ‘fatores de risco relacionados com a violência’ (tabela 4.7). Realçamos que, não só as diferenças de percentagem de identificação dos fatores de risco em causa, entre os indivíduos que reportaram estes danos e a amostra total, são elevadas (quase todas diferenças superiores a 10% em valor absoluto), como os danos em apreciação são dos mais graves presentes no quadro definido de potenciais problemas de saúde.

Assim, e em resumo, em trabalho do tipo administrativo, no sector de atividade em análise, foram identificados diversos fatores de risco, bem como danos em termos de doença relacionada com o trabalho e mal-estar ocupacional, com valores expressivos que carecem de intervenção adequada por parte dos profissionais de segurança e saúde no trabalho, não sendo pois o risco displicente como, numa observação mais superficial, se poderia eventualmente supor à partida.

5.2. Limitações e desenvolvimentos futuros

Em virtude de nos parecer que esta temática não estava suficientemente desenvolvida na realidade portuguesa optámos, desde início, por uma abordagem generalista quanto a fatores de risco para DRT e MEO, incluindo assim no estudo realizado um leque bastante abrangente de fatores. No entanto o questionário aplicado poderia considerar-se algo extenso, tendo em atenção um público-alvo que, embora com razoáveis habilitações literárias, é em geral leigo nas questões de SST. Uma opção por 3 questionários autónomos, consubstanciando as grandes classes de perigos analisadas – ambiente e local de trabalho, riscos músculo-esqueléticos e riscos psicossociais – poderia ser outra solução. Ainda assim a opção seguida tem a vantagem de garantir que os indivíduos respondentes às diferentes classes de fatores de risco são sempre os mesmos.

Detetámos algumas questões que podem merecer uma melhor afinação, quer quanto às opções de resposta disponíveis, quer relativamente a algumas das ‘escalas’ utilizadas. Em sentido semelhante, uma diferente construção do questionário, utilizando outras metodologias de inquérito, pode permitir estabelecer outras relações menos evidentes entre fatores de risco e danos para a saúde.

Algo que fica em falta, mas passível de execução em eventuais futuros artigos sobre o tema, é uma exploração mais exaustiva dos dados, bem como comparações detalhadas com outros estudos existentes sobre alguns aspetos mais relevantes da nossa temática.

Para o tema abordado nesta dissertação não encontrámos muita literatura produzida em Portugal, pelo menos adequadamente estruturada ao tema aqui proposto, pelo que nos parece existir espaço para se realizar também uma revisão sistemática mais abrangente e aprofundada à literatura internacional existente.

Sem entrar em critérios de avaliação médica, importaria também aprofundar o conhecimento no sentido de se perceber de que forma a exposição continuada a fatores de incomodidade ou insatisfação, que por si só já deve ser considerada uma afeção de saúde, se pode transformar numa patologia.

Não foi possível envolver, pelo menos em tempo útil, as instituições bancárias ao nível das suas administrações ou direções executivas. Caso tivesse sido possível obter essa participação, o que não se coloca fora de hipótese a futuro, poderia proceder-se a uma análise mais detalhada dos resultados do inquérito, nomeadamente, cruzando a informação obtida com os resultados das avaliações de risco aos locais de trabalho e os indicadores agregados (não individualizados) de saúde ocupacional produzidos pelos serviços dessas instituições.

A base de inquérito, ainda que significativa no contexto do subsector analisado, é ainda assim relativamente pequena no contexto de todas as atividades administrativas existentes. O alargamento da base de inquérito, por exemplo, a um universo mais abrangente de outros sectores de serviços do tipo administrativo, poderia dar uma perceção mais completa da realidade neste tipo de atividades.

Embora não sendo objetivo desta dissertação entrar em questões de avaliação do risco, mas tão-somente identificar perigos e danos para a saúde mais vezes referenciados, pensamos que o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação do risco em trabalho administrativo, com o intuito de estabelecer um quadro ou programa de medidas de controlo (eliminação do perigo ou mitigação do risco) será, seguramente, uma evolução necessária deste tema.

Também nos parece que, embora lidando com fatores que já não estão sob o controlo direto do empregador, futuramente não será possível fugir a uma abordagem mais holística, incluindo fatores fora do ambiente de trabalho, conforme é proposto, por exemplo, nos programas de promoção da saúde no local de trabalho.

Os desenvolvimentos propostos poderiam conduzir à integração do conhecimento adquirido num sistema coerente e estruturado de gestão da SST especialmente vocacionado para as atividades do sector dos serviços administrativos.

De qualquer forma parece-nos que o estudo da temática abordada na presente dissertação é, de alguma forma, original, pelo menos no contexto da realidade portuguesa, pelo que esperamos ter dado um contributo positivo para a promoção da saúde ocupacional no sector dos serviços administrativos em geral e, em particular, no sector dos serviços financeiros.

BIBLIOGRAFIA

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. [N.d.]. *Antecipar riscos novos ou emergentes.* Observatório Europeu dos Riscos. [Em linha, 26/02/2013]
<https://osha.europa.eu/pt/riskobservatory>

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2005. *Expert forecast on emerging physical risks related to occupational safety and health.* European Communities. [Em linha, 26/02/2013] <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/6805478>

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2009. *Expert forecast on emerging chemical risks related to occupational safety and health.* European Agency for Safety and Health at Work. [Em linha, 26/02/2013]
https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE3008390ENC_chemical_risks

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2007. *Expert forecast on emerging biological risks related to occupational safety and health.* European Agency for Safety and Health at Work. [Em linha, 26/02/2013] <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7606488>

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2007a. *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health.* European Agency for Safety and Health at Work. [Em linha, 26/02/2013] <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2010. *Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores.* In Factsheet 93. [Em linha, 12/02/2013]
https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/pt_93.pdf/view

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2012. *Motivation for employers to carry out workplace health promotion – Literature Review.* [Em linha, 17/02/2013]
https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2012a. *Motivation for employees to participate in workplace health promotion – Literature Review.* [Em linha, 17/02/2013]
https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2013. *Sondagem de opinião pan-europeia sobre segurança e saúde no trabalho – 2013.* [Em linha, 14/05/2013]
<https://osha.europa.eu/pt/teaser/opinion-poll-2013>

AIHA – American Industrial Hygiene Association. [N.d.]. *What Is an Industrial Hygienist?* [Em linha, 17/02/2013] <http://www.aiha.org/aboutaiha/Pages/WhatIsanIH.aspx>

Alli, Benjamin O. 2008. *Fundamental principles of occupational health and safety.* Second edition. International Labour Office. Geneva.

APB – Associação Portuguesa de Bancos. 2012. *Boletim Informativo n.º 47 de 2011.* Lisboa. Julho 2012. [Em linha, 02/09/2013] http://www.apb.pt/content/files/Boletim_Informativo_Anual_N47.pdf

Briner, R. B. 2000. *Relationships between work environments, psychological environments and psychological well-being.* Occupational Medicine. Vol. 50, No. 5.

Bureau of Labor Statistics. 1998. *Glossary of Compensation Terms.* U.S. Department of Labor. [Em linha, 19/01/2013] <http://stats.bls.gov/ocs/sp/ncbl0062.pdf>

Cabeças, José Miguel; Paiva, Andreia. 2010. *Taxonomia e estrutura dos procedimentos de análise de riscos ocupacionais.* IET Working Papers Series, No. WPS04/2010. Centro de Investigação em Inovação Empresarial e do Trabalho – FCT-UNL.

Cambridge Dictionary. 2013. *White-collar.* In Cambridge Business English Dictionary. Cambridge University Press. [Em linha, 19/01/2013] <http://dictionary.cambridge.org>

- Carta Social Europeia Revista. 1996.** Conselho da Europa (CoE). Diário da República, I série, 17/10/2001. [Em linha, 20/01/2013] <http://dre.pt/util/getpdf.asp?s=dip&serie=1&iddr=2001.241AS01&iddip=20013438>
- CIPD – Chartered Institute of Personnel and Development. 2007.** *What's happening with well-being at work?* London. May 2007.
- Comcare, Australian Government. 2008.** *Officewise: A guide to health and safety in the office.* Commonwealth of Australia. [Em linha, 01/05/2013] <http://www.comcare.gov.au/>
- Constituição da República Portuguesa. 2005.** Diário da República, I série A, 12/08/2005. [Em linha, 31/01/2013] <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>
- Convenção 120 da OIT. 1964.** *Convenção relativa à higiene no comércio e escritórios.* Diário da República, série I, 29/06/1981. [Em linha, 20/01/2013] http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/conv_120.pdf
- Convenção 155 da OIT. 1981.** *Convenção sobre a segurança, a saúde dos trabalhadores e o ambiente de trabalho.* Diário da República, série I, 16/01/1985. [Em linha, 20/01/2013] http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/conv_155.pdf
- Cooper, Cary L.; Nelson, Debra. 2005.** *Stress and health: A positive direction.* Stress and Health, Volume 21, Issue 2, April 2005.
- Cooper, Rachel; Boyko, Christopher; Codinhoto, Ricardo. 2008.** *Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century – State-of-Science Review: SR-DR2 – The Effect of the Physical Environment on Mental Wellbeing.* Foresight Mental Capital and Wellbeing Project – The Government Office for Science. Reino Unido. [Em linha, 19/02/2013] http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/mental-capital/sr-dr2_mcw.pdf
- Cox, Tom; Griffiths, Amanda; Rial-González, Eusebio. 2000.** *Research on work-related stress.* European Agency for Safety and Health at Work. [Em linha, 27/03/2013] <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>
- Cox, Tom; Leka, Stavroula; Ivanov, Ivan; Kortum, Evelyn. 2004.** *Work, employment and mental health in Europe.* Work & Stress, April/June 2004, Vol. 18, No. 2.
- Cruz, Pedro. 2011.** *Adequação dos requisitos legais da Lei n.º 102/2009 a empresas de serviços com postos de trabalho administrativos.* Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia e Gestão Industrial. Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade Nova de Lisboa.
- Danna, Karen; Griffin, Ricky W. 1999.** *Health and Well-Being in the Workplace: A Review and Synthesis of the Literature.* Journal of Management, Vol. 25, No. 3.
- Decreto-Regulamentar 6/2001.** *Lista das doenças profissionais e respetivo índice codificado.* Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Diário da República, série I-B, 05/05/2001. [Em linha, 06/03/2013] <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/05/104B00/26132639.PDF>
- Decreto-Regulamentar 76/2007.** *Procede à alteração [...] da lista das doenças profissionais publicada em anexo ao Decreto Regulamentar 6/2001.* Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Diário da República, série I, 17/07/2007 [Em linha, 06/03/2013] <http://dre.pt/pdf1s/2007/07/13600/0449904543.pdf>
- Diretiva 89/391/CEE. 2008.** *Aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho.* Jornal Oficial da UE, 11/12/2008. [Em linha, 21/01/2013] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1989L0391:20081211:PT:PDF>
- Diretiva 89/654/CEE. 2007.** *Prescrições mínimas de segurança e de saúde para os locais de trabalho.* Jornal Oficial da UE, 27/06/2007 [Em linha, 21/01/2013] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1989L0654:20070627:PT:PDF>
- ENWHP – European Network for Workplace Health Promotion. 2007.** *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union.* Adopted at the network meeting in 1997, updated in 2005 and 2007. [Em linha, 12/02/2013] http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf

- Eurofound – Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. 2011.** *Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho – 2010*. [Em linha, 04/05/2013] http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index_pt.htm
- Eurostat. 2007.** *Indicators on health and safety at work. Work related accidents, health problems and hazardous exposure – Labour Force Survey 2007*. Comissão Europeia. [Em linha, 11/12/2012] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_safety_work/data/database
- Eurostat. 2010.** *Health and safety at work in Europe (1999-2007): A statistical portrait*. European Commission. [Em linha, 29/03/2013] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF
- Faragher, E. B.; Cass, M.; Cooper, C. L. 2005.** *The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis*. Occupational and Environmental Medicine, 62, April 2005.
- Faucett, J. 2005.** *Integrating 'psychosocial' factors into a theoretical model for work-related musculoskeletal disorders*. Theoretical Issues in Ergonomics Science, Vol. 6, No. 6, November 2005.
- FIOH – Finnish Institute of Occupational Health. 2001.** *Work and health country profiles – Country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety*. Helsinki. [Em linha, 06/02/2013] http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurcountryprofiles.pdf
- FIOH – Federal Institute for Occupational Safety and Health. 2004.** *Well-being in the Office – Health and Safety at Work in the Office*. Dortmund. Alemanha. [Em linha, 01/05/2013] <http://www.baua.de/en/Homepage.html>
- García-Herrero, Susana; Mariscal, M. A.; García-Rodríguez, Javier; Ritzel, Dale O. 2012.** *Working conditions, psychological/physical symptoms and occupational accidents*. Safety Science, 50.
- GEP – Gabinete de Estudos e Planeamento. 2010.** *Acidentes de Trabalho 2008*. Coleção Estatísticas. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. [Em linha, 03/11/2012] <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2008.pdf>
- GEP – Gabinete de Estudos e Planeamento. 2012a.** *Acidentes de Trabalho 2009*. Coleção Estatísticas. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. [Em linha, 03/11/2012] <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2009.pdf>
- GEP – Gabinete de Estudos e Planeamento. 2012b.** *Acidentes de Trabalho 2010*. Estatísticas em Síntese. Ministério da Solidariedade e Segurança Social. [Em linha, 01/12/2012] <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/at2010sintese.pdf>
- Hassan, Emmanuel; Austin, Christopher; Celia, Claire; Disley, Emma; Hunt, Priscillia; Marjanovic, Sonja; Shehabi, Ala'a; Villalba-Van-Dijk, Lidia; Van Stolk, Christian. 2009.** *Health and Wellbeing at Work in the United Kingdom*. The Work Foundation. London, August 2009.
- Hord, Wendy. 2011.** *Offices: A Hazard Summary*. In 99 – Office and Retail Trades. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. International Labor Organization, Geneva. [Em linha, 01/05/2013] <http://www.ilo.org/oshenc/part-xvii/office-and-retail-trades/item/646-offices-a-hazard-summary>
- Howard, Ninica L.; Levenstein, Charles; Rosenberg, Beth J. 2011.** *The Nature of Office and Clerical Work*. In 99 – Office and Retail Trades. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. International Labor Organization, Geneva. [Em linha, 01/05/2013] <http://www.ilo.org/oshenc/part-xvii/office-and-retail-trades/item/644-the-nature-of-office-and-clerical-work>
- HSE – Health and Safety Executive. 2012.** *Health and safety statistics*. Reino Unido. [Em linha, 20/12/2012] <http://www.hse.gov.uk/statistics/index.htm>
- INE – Instituto Nacional de Estatística. 2007.** *Classificação Portuguesa das Actividades Económicas Rev.3*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. [Em linha, 10/12/2012] http://www.ine.pt/ine_novidades/semin/cae/CAE_REV_3.pdf
- INE – Instituto Nacional de Estatística. 2011.** *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa-Portugal. [Em linha, 11/01/2013] http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107962055&att_display=n&att_download=y

- Infopédia. 2013.** *Setores da atividade económica.* In Infopédia. Porto Editora. [Em linha, 15/01/2013] <http://www.infopedia.pt>
- Lei 35/2004.** *Regulamenta a Lei n.º 99/2003, [...], que aprovou o Código do Trabalho.* Diário da República, série I-A, 29/07/2004. [Em linha, 11/02/2013] <http://dre.pt/pdf1s/2004/07/177A00/48104885.pdf>
- Lei 59/2008.** *Aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas.* Diário da República, série I, 11/09/2008. [Em linha, 05/12/2012] <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/09/17600/0652406630.pdf>
- Lei 7/2009.** *Aprova a revisão do Código do Trabalho.* Diário da República, série I, 12/02/2009. [Em linha, 05/12/2012] <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/02/03000/0092601029.pdf>
- Lei 98/2009.** *Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais [...].* Diário da República, série I, 04/09/2009. [Em linha, 05/12/2012] <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17200/0589405920.pdf>
- Lei 102/2009.** *Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho.* Diário da República, série I, 10/09/2009. [Em linha, 05/12/2012] <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17600/0616706192.pdf>
- Leka, Stavroula; Jain, Aditya. 2010.** *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview.* World Health Organization. [Em linha, 30/04/2013] http://www.who.int/occupational_health/publications/hazardpsychosocial/en/index.html
- Lesage, Michel. 2011.** *Work-Related Diseases and Occupational Diseases: The ILO International List.* In 26 – Workers' Compensation Systems – Encyclopedia of Occupational Health and Safety. International Labor Organization, Geneva. [Em linha, 29/03/2013] <http://www.ilo.org/oshenc/part-iii/topics-in-workers-compensation-systems>
- Mota, Mário Rui. 2006.** *Abordagem à segurança e saúde no sector bancário – identificação e análise de riscos.* Relatório final de estágio para obtenção do certificado de aptidão profissional de técnico superior de SHT. FCT-UNL. [Trabalho não publicado]
- NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health. 1988.** *Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers.* CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Estados Unidos. [Em linha, 11/02/2013] <http://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/pdfs/88-119.pdf>
- NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health. 2012.** *Office Environment & Worker Safety & Health.* In Workplace Safety & Health Topics. CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Estados Unidos. [Em linha, 01/05/2013] <http://www.cdc.gov/niosh/topics/officeenvironment>
- Norma EN 12464-1:2011.** *Light and lighting – Lighting of work places. Lighting of work places. Part 1: Indoor work places.* IPQ – Instituto Português da Qualidade.
- Norma EN ISO 7730:2005.** *Ergonomics of the thermal environment. Analytical determination and interpretation of thermal comfort using calculation of the PMV and PPD indices and local thermal comfort criteria.* IPQ – Instituto Português da Qualidade.
- Norma EN ISO 9241 [várias partes e datas].** *Ergonomic requirements for office work with visual terminals (VDTs).* IPQ – Instituto Português da Qualidade.
- Norma NP 4397:2008.** *Sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho. Requisitos.* IPQ – Instituto Português da Qualidade.
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. 1986.** *Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint International Labour Office and World Health Organization on Occupational Health – Ninth Session – Geneva, 18–24 September 1984.* International Labour Office. Geneva. [Em linha, 29/03/2013] http://www.who.int/occupational_health/publications/ILO_WHO_1984_report_of_the_joint_committee.pdf
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. 1996.** *Introdução à saúde e segurança no trabalho – Introduction to Occupational Health and Safety.* Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2009. [Em linha, 05/02/2013] http://www.ilo.org/public/portuguese/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_modulos2.pdf

- OIT – Organização Internacional do Trabalho. 1998.** *General Hazards (Part VI) – Encyclopaedia of Occupational Health and Safety (fourth edition)*. In SafeWork Bookshelf, 2006. International Labour Office. [Em linha, 31/12/2012] http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?d&nd=170000102&nh=0
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. 1998a.** *Resolution concerning statistics of occupational injuries (resulting from occupational accidents) – Adopted by the Sixteenth International Conference of Labour Statisticians (October 1998)* [Em linha, 12/02/2013] http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/standards-and-guidelines/resolutions-adopted-by-international-conferences-of-labour-statisticians/WCMS_087528/lang--en/index.htm
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. 2001.** *Guidelines on occupational safety and health management systems (ILO-OSH 2001) – Linhas de orientação sobre sistemas de gestão da segurança e saúde ocupacional*. International Labour Office. [Em linha, 04/02/2013] http://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/WCMS_107727/lang--en/index.htm
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. 2005.** Trad. por Fundacentro – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. *Diretrizes sobre Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho*. S. Paulo, Brasil. [Em linha, 28/02/2013] http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/safework/pub/diretrizes_sobre_gestao_364.pdf
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. 2010.** *List of Occupational Diseases (revised 2010) – Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases (OSH 74)*. [Em linha, 12/02/2013] http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_150323.pdf
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. 2011.** Trad. por Autoridade para as Condições do Trabalho. *Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho: Um instrumento para uma melhoria contínua – OSH Management System: A tool for continual improvement*. [Em linha, 05/02/2013] http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_154878/lang--en/index.htm
- Oliveira, Ely Francina; Grácio, Maria Cláudia. 2005.** *Análise a respeito do tamanho de amostras aleatórias simples: uma aplicação na área de Ciência da Informação*. In DataGramaZero – Revista de Ciência da Informação - vol.6, n.º 3, junho/2005.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. [N.d.].** *Occupational and work-related diseases*. In Occupational health. World Health Organization. [Em linha, 12/02/2013] http://www.who.int/occupational_health/activities/occupational_work_diseases/en/index.html
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 1946.** *Constitution of the World Health Organization – Preamble*. [Em linha, 05/12/2012] <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 1995.** *Global strategy on occupational health for all: The way to health at work. Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health*. October 1994. Beijing, China. [Em linha, 05/02/2013] http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index.html
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 1999.** *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) in Occupational Health*. Protection of the Human Environment – Occupational and Environment Health Series. Finnish Institute of Occupational Health. World Health Organization. Geneva. [Em linha, 29/03/2013] http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehicd10.pdf
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2001.** *Occupational health – A manual for primary health care workers*. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Cairo. [Em linha, 12/02/2013] http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehemhealthcareworkers.pdf
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2003.** *WHO Workshop ‘Promoting health and well-being through the workplace: mirage or reality?’* In The Occupational Health Promotion Network Newsletter, Issue no. 6, Winter 2003. [Em linha, 17/02/2013] http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gothnet6e.pdf
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2010.** *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação*. SESI – Departamento Nacional. Brasil. 2010. [Em linha, 05/02/2013] http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599313_por.pdf

- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2010a.** *WHO Healthy Workplace Framework and Model – Background and Supporting Literature and Practices*. [Em linha, 05/02/2013] http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_background_documentdfinal.pdf
- Räsänen, Kimmo; Notkola, Veijo; Husman, Kaj. 1997.** *Perceived work conditions and work-related symptoms among employed finns*. Social Science & Medicine, Vol. 45, No. 7.
- Räsänen, Tuula. 2011.** *Well-being at work: innovation and good practice*. Finnish Institute of Occupational Health. Filândia. [Em linha, 19/02/2013] <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2011/06/F11060111.htm>
- Recomendação 120 da OIT. 1964.** *Occupational Safety and Health Recommendation – Recomendação à Convenção 120 da OIT*. International Labour Organisation. [Em linha, 05/12/2012] <http://www.ilo.org/global/standards/lang--en/index.htm>
- Recomendação 164 da OIT. 1981.** *Hygiene (Commerce and Offices) Recommendation – Recomendação à Convenção 155 da OIT*. International Labour Organisation. [Em linha, 05/12/2012] <http://www.ilo.org/global/standards/lang--en/index.htm>
- Robert Wood Johnson Foundation. 2008.** *Work and Health: Work Matters for Health*. Issue Brief 4, December 2008. [Em linha, 29/03/2013] <http://www.commissiononhealth.org/Publications.aspx>
- Warr, Peter. 1990.** *The measurement of well-being and other aspects of mental health*. In Journal of Occupational Psychology, 63. The British Psychological Society.